

Parto Domiciliar Planeado em Portugal - As Famílias e as Suas Escolhas

Paola Alves Bernardelo

Orientador: *Prof. Doutora Helena Águeda Marujo*

Coorientador: *Prof. Doutora Paula Campos Pinto*

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Família e Género

Lisboa
2019

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Parto Domiciliar Planeado em Portugal: As Famílias e as Suas Escolhas

Paola Alves Bernardelo

Orientador: Prof. Doutora Helena Águeda Marujo

Coorientadora: Prof. Doutora Paula Campos Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Família e Género

Nos termos do n.º 2 do art. 42º dos Estatutos da Universidade de Lisboa, por despacho de 21 de outubro de 2019 do Presidente do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, foi designado o júri, para as provas públicas de Mestrado em Família e Género da Licenciada PAOLA ALVES BERNARDELO.

Presidente: Doutora Maria da Luz Ramos, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais: Doutora Helena Maria Águeda Marujo, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora; Doutora Cláudia Casimiro Ferreira da Costa, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Lisboa 2019

Agradecimentos e Dedicatória

Dedico esse trabalho ao meu filho Theo, que veio ao mundo me trazendo sensibilidade e luz para as questões sobre o gestar, o parir e a parentalidade. Sem você esse caminho não teria sido trilhado.

Agradeço profundamente a todas as mulheres e homens que possibilitaram que esse trabalho fosse escrito; ouvir suas histórias foi a parte mais enriquecedora de todo esse percurso e sem a colaboração de vocês este trabalho não existiria.

Agradeço a todas as mulheres que me escolheram como doula e assim tive o privilégio de ver de forma tão rica tantas novas vidas chegarem ao mundo. Serei sempre grata por fazer parte de vida de vocês.

Caetano, sua compreensão, parceria e apoio em todos esses anos são um grande alicerce em tudo. Obrigada por ser meu parceiro.

RESUMO

Aproximadamente 0,8% das mulheres em território português tem seus filhos fora do ambiente hospitalar (Pordata, 2019). As mulheres e famílias que optam por um parto domiciliar planeado (PDP) enfrentam muitas dificuldades e obstáculos. Este estudo descreve as principais razões e motivos que levam as famílias a optarem pelo ambiente domiciliar para o nascimento de seus bebês, bem como o impacto dessa escolha na vida pessoal e familiar.

Para que fosse possível conhecer os fatores subjetivos à escolha do PDP, a técnica de recolha de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, realizada, separadamente, à mulher e ao seu parceiro. Realizaram-se um total de 16 entrevistas, das quais: 10 mulheres, 5 homens e 1 Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Tendo em vista a escolha pela não participação de alguns homens, somente as entrevistas onde os 5 homens e 5 mulheres que participaram da gestação e do parto dos mesmos filhos, foram descritos e tiveram os dados analisados.

O trabalho de Guerra (2006) foi utilizado como norteador para a escolha da metodologia de análise de dados, que recaiu sobre uma Postura Analítica e Reconstrução do sentido. Todo o material recolhido na pesquisa foi sujeito a Análise de Conteúdo, no intuito de descrever situações e interpretar o sentido social. Foi realizada uma Análise Descritiva Temática aprofundada, onde os *corpus* centrais das entrevistas foram identificados permitindo a identificação de categorias e subcategorias com base no conteúdo das entrevistas e nos achados teóricos.

Três categorias foram identificadas como centrais para a escolha do PDP: (I) Autonomia (i. Capacidade de escolha; ii. Informações de Qualidade; iii. Liberdade); (II) Razões (i. Percepção de Segurança; ii. Evitar Intervenções; iii. Experiências Hospitalares Anteriores; iv. Maior Controle do Processo; v. Ambiente Familiar; e vi. Conhecimento dos Modelos Obstétricos); (III) Implicações da escolha (i. estigmatização; ii. Conflitos Internos; iii. Conflitos entre os membros do casal; iv. Aspectos financeiros; v. Parto Idealizado X Parto Real). O estudo termina com a reflexão crítica sobre esta prática e as escolhas nesse domínio, incluindo questões de género, e propostas de investigações futuras.

Palavras-chave: parto domiciliar planeado, autonomia, modelos de atendimento obstétrico, parto em Portugal.

ABSTRACT

Approximately 0.8% of women in Portuguese territory have their children outside the hospital environment (Pordata, 2019). Women and families opting for planned home birth face many difficulties and obstacles. This study describes the main reasons that lead families to choose the home environment for the birth of their babies, as well as the impact of this choice on personal and family life.

The data collection technique used to learn about the factors that influence the family's choice of planned home birth, was the semi-structured interview, conducted separately with the women and their partners. A total of 16 interviews were conducted, of which: 10 women, 5 men and 1 Specialist Nurse of Maternal and Obstetric Health. Since some men choose not to participate in the interviews, only the interviews where the 5 men and 5 women who participated in the pregnancy and childbirth of the same children, were analyzed and were described in this dissertation.

The theoretical-methodological stance adopted was the Analytical Stance and Sense Reconstruction. Guerra's work (2006) was used as a guide for choosing the data analysis methodology. All the material collected was submitted to an Analysis of Content, with the intention of describing situations and interpreting their social meaning. In the Thematic Descriptive Analysis, the central *corpus* of the in-depth interviews was analyzed making possible the identification of categories and subcategories. The categories and subcategories were created based on the content of the interviews and on the theoretical findings.

Three main categories were identified as the main reasons for the PDP option: (I) Autonomy (Ability to choose; Quality information; Freedom); (II) Reasons (Perception of Security; Avoid Interventions; Previous Hospital Experiences; Greater Control of the Process; Family Environment; Knowledge of Obstetric Models); (III) Implications of the choice (Stigmatization; Internal Conflicts; Conflicts Between the Members of the Couple; Financial Aspects; Idealized Delivery *versus* Real Delivery). The study ends with a critical reflection on this practice and the choices in this area, including gender issues and proposals for future research.

Keywords: planned home birth, autonomy, obstetric models, childbirth in Portugal

Lista de Abreviaturas

APDMGP – Associação Portuguesa pelo Direito das Mulheres na Gestação e no Parto

EESMO - Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MBEC – Medicina Baseada em Evidências Científicas

PDP – Parto Domiciliar Planeado

PDD – Parto Domiciliar Desassistido

PH – Parto Hospitalar

PDNP – Parto domiciliar Não Planeado

WHO – World Health Organization

Lista de Tabelas

Quadro 1 – Dados Sociodemográficos das Mulheres Entrevistadas.....31

Quadro 2 - Dados Sociodemográficos dos Homens Entrevistados.....32

Quadro 3 – Dados Biomédicos dos Entrevistados.....33

Lista de Figuras e Gráficos

Figura 1 – Cesarianas como percentagem do total de partos.....15

Figura 2 – Percentagem de mulheres que tiveram episiotomias em partos vaginais16

Figura 3 – A escolha do PDP.....34

Gráfico 1 – Total de partos em estabelecimentos de saúde.....14

Sumário

Introdução	1
Capítulo I – Configurações do Parto	4
1. Modelos de Atendimento ao Parto.....	4
2. Género, Parto e Autonomia.....	7
3. Riscos	10
4. Nascer em Portugal	14
Capítulo II – Configurações da Escolha	17
1. A Escolha do Local de Parto.....	17
2. O Ambiente – Cuidados Individualizados e Vínculo	19
3. Parentalidades e o Papel do Pai	21
Capítulo III – Configurações Metodológicas	25
1. Percurso Metodológico	25
2. Objetivos do Estudo	26
3. Técnicas de Recolha de Dados	27
4. Técnicas de Análise de Dados	28
Capítulo IV – Apresentação e Análise dos Resultados.....	30
1. Caracterização dos participantes.....	30
2. Parto Domiciliar Planeado em Portugal.....	33
2.1 A Autonomia Para a Escolha do Local de Parto	35
2.2 As Principais Razões da Escolha do PDP	38
2.3 As Implicações da Escolha	46
Capítulo V – Discussão Final	51
Bibliografia	53

INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana, o parto e o nascimento dos bebês teve seu lugar em uma variedade de contextos relacionados com questões econômicas, sociais, culturais e de classe (Waldenstrom, 2007). As alterações mais dramáticas no contexto do parto e nascimento de bebês aconteceram no último século, onde o parto mudou do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar e as tecnologias biomédicas e farmacológicas surgiram e foram aprimoradas, possibilitando assim uma drástica melhoria na saúde perinatal, especialmente nos países ocidentalizados (Odent, 2002; Waldenstrom, 2007). Em Portugal, uma transição do local de parto - do domiciliar para o hospitalar – também pode ser verificada: na década de 1960 apenas 18,4% dos partos acontecia em estabelecimentos de saúde, mas já na década de 1990 um elevado percentual de 95% dos partos teve seu lugar no hospital (Silva & Alves, 2003). Atualmente, 0,8% do total dos partos não ocorrem em ambiente hospitalar (Euro-Peristat, 2010).

Apesar de a maioria dos partos que ocorrem nos países ocidentais serem associados a mulheres sem fatores de risco ligados à gestação, o momento do parto é considerado crítico para a sobrevivência das mulheres parturientes e dos bebês (WHO, 2018). Essa premissa gera reais preocupações dos profissionais de saúde e é a principal base de questionamento sobre a escolha de um local domiciliar para o nascimento dos bebês. Nas últimas décadas, o parto domiciliar tornou-se um tema controverso entre profissionais de saúde, académicos e o público em geral (Halfdansdottir et al., 2015), pois temas como autonomia para a escolha do local de parto, bem como perceções de riscos e segurança da díade mãe-bebê, são grandes pautas nas discussões que permeiam a escolha por um local de parto que foge ao habitual controle do sistema médico-hospitalar.

Apesar das discussões em torno do parto domiciliar, da posição contrária de muitos profissionais de saúde, cientistas, e de conteúdos mediáticos negativos em torno do parto domiciliar, deve-se destacar que, tanto a Organização Mundial de Saúde (WHO 1996), como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO, 2009), respeitam o direito de escolha do local de parto pelas mulheres e reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados (médicos e Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica - EESMO), pode haver benefícios no parto domiciliar planeado em gestações de risco habitual. Grandes estudos sobre os riscos do Parto Domiciliar

Planeado, em comparação com o parto hospitalar trazem importantes dados sobre a segurança relativa a esses ambientes. Os resultados desses grandes estudos mostram que os riscos são similares para mães e bebês, de baixo risco, em ambiente domiciliar e no ambiente hospitalar (Olsen & Clausen, 2012) dados que corroboram o apoio da WHO e da FIGO sobre a autonomia de escolha do local de parto em gestações de baixo risco.

É precisamente o risco que continua sendo um dos temas centrais no discurso crítico contrário ao PDP. O risco é um conceito com múltiplos significados e carregado de ideologias particularmente utilizado nos contextos biomédicos e de saúde pública (Lupton, 1993). Deve-se também destacar que a saúde reprodutiva da mulher é abordada pela sociedade e pela biomedicina de um modo que contrasta com a forma mais simples em que é abordada a saúde reprodutiva do homem (Santos, 2012). A gravidez e o parto são, habitualmente, acontecimentos fisiológicos da vida sexual e reprodutiva da mulher (Euro-Peristat, 2010; Gutman, 2012; Odent, 2002; Santos, 2012), no entanto, as construções sociais do género, da saúde reprodutiva, da sexualidade, da gravidez e do parto são complexas e extravasam as definições biológicas.

A opção pelo PDP está ancorada no ideário do casal grávido, que pressupõe o igualitarismo entre os papéis feminino e masculino (Feyer et al., 2013). O PDP incorpora a valorização do protagonismo dos participantes, não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas se comprometendo com outras concepções ideológicas igualmente significativas, como a valorização do cuidado unipessoal (Feyer et al., 2013).

Para além dos fatores relevantes que são incluídos nas preocupações da saúde pública com a saúde perinatal, perceber que as relações entre a experiência da gestação, parto e a satisfação das mulheres com as questões perinatais possui impacto no estabelecimento do vínculo materno-neonatal, na saúde integral e na estruturação das novas relações familiares, é importante para a ciência, para as práticas biomédicas e para as sociedades (Gutman, 2012). Assim, entender os componentes dessa opção, em suas múltiplas dimensões, no âmbito do cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, se torna relevante.

A importância das práticas da medicina baseada em evidências científicas é indiscutível, e é de conhecimento geral o papel fundamental dos profissionais de saúde e das tecnologias biomédicas e farmacológicas para a drástica melhoria do cenário mundial de partos e nascimentos. Esta pesquisa não tem como objetivo desvalorizar esses profissionais ou as tecnologias, pois sem a presença desses, os índices de mortalidade e

morbidade perinatal continuariam a ser elevadíssimos. Pretende-se antes, ao longo deste trabalho, realizar um diálogo entre saberes que permita a observação de questões relativas as escolhas da mulher e do seu parceiro, durante a gestação e o parto, que se traduzem na opção pelo PDP, dos modelos de atendimento perinatal e da implicação dos mesmos para a vida familiar e, especialmente, para a mulher.

CAPÍTULO I – CONFIGURAÇÕES DO PARTO

1. MODELOS DE ATENDIMENTO AO PARTO

O parto é um evento fisiológico que pode ocorrer sem complicações para a maioria das mulheres e dos bebês, dado que a maioria dos nascimentos que ocorrem todos os anos são associados a gestações de baixo risco (WHO, 2018). No entanto, o período do nascimento é considerado um momento crítico para a sobrevivência de ambos, pois o risco de mortalidade e morbidade podem aumentar consideravelmente se surgirem complicações (WHO, 2018).

A World Health Organization (2018) reconhece que a experiência positiva do parto é um importante objetivo, e define que uma experiência de parto positiva é aquela que completa ou excede as expectativas e respeita as crenças socioculturais da mulher, incluindo dar à luz um bebê saudável em um ambiente clínico e psicologicamente seguro, com continuidade de suporte prático e emocional de um, ou mais, acompanhante(s) e de uma equipe afetuosa e tecnicamente competente. Esta dimensão baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres desejam um parto e nascimento fisiológico, e desejam ter uma sensação de conquista pessoal e controle através de envolvimento nas tomadas de decisões, mesmo quando as intervenções médicas são necessárias ou desejadas (WHO, 2018).

Segundo Davis-Flyod (2003, 2018) existem três paradigmas/modelos de atendimento à gestação e ao nascimento dos bebês que influenciam fortemente o nascimento contemporâneo – o modelo Tecnocrático (I), o modelo Holístico (II) e o modelo Humanizado (III), os quais diferem fundamentalmente em suas definições sobre o corpo da mulher e a relação deste com a mente e, portanto, no tipo e qualidade de assistência prestada pelas equipes de saúde.

- (I) O Modelo de Atendimento Tecnocrático – define-se como um modelo de atendimento hegemônico nas sociedades ocidentais contemporâneas, que vem crescendo globalmente nas últimas décadas. Principais características: a hipervalorização das tecnologias biomédicas; a separação do corpo/mente; os profissionais de saúde como protagonistas do parto; a visão do funcionamento corporal como o funcionamento de uma máquina. Os 12 pilares do modelo tecnocrático são: (1) separação corpo/mente; (2) O corpo é uma máquina; (3) O

paciente é um objeto; (4) alienação do atendente e do paciente; (5) diagnósticos e tratamentos são feitos de fora para dentro; (6) Organização hierarquizada e padronização do atendimento; (7) A autoridade e a responsabilidade são inerentes ao atendente; (8) Hipervalorização da ciência e da tecnologia; (9) Intervenções agressivas com ênfase em resultados em curto prazo; (10) A morte como uma derrota; (11) Hegemonia tecno médica como um sistema baseado em lucro; e (12) intolerância à outras modalidades de atendimento.

(II) O Modelo de Atendimento Holístico é um modelo de atendimento com menor visibilidade e possibilidades de aplicação em ambientes hospitalares. As principais características são: vê corpo-mente-espírito como um aspeto único e inseparável; define o corpo como um campo energético em constante interação com outros campos de energia; a mulher é protagonista do parto; valoriza processos naturais de cuidado. Os 12 pilares do modelo Holístico listam-se em seguida: (1) Unicidade entre corpo-mente-espírito; (2) O corpo é visto como um sistema energético interligado a outros sistemas energéticos; (3) O curar a pessoa integralmente, em todos os seus contextos de vida; (4) Unidade entre atendente e paciente; (5) Diagnóstico e cura de dentro para fora; (6) Individualização do atendimento; (7) Autoridade e responsabilidade são inerentes ao indivíduos; (8) Ciência e tecnologia tem seu lugar ao serviço do indivíduo; (9) Foco em promoção e manutenção da saúde e bem estar a longo prazo; (10) Morte como um degrau em um processo; (11) A cura é o foco; e (12) Abraçar a multiplicidade de modalidades de cura.

(III) O Modelo de Atendimento Humanizado é, por sua vez, um modelo que utiliza as tecnologias biomédicas disponíveis, quando necessário, tendo como base a prática da Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBEC), e tendo grandes chances de sucesso e aplicação em ambiente hospitalar. As principais características são: valoriza a importância da relação da equipe de saúde e da mulher; a mulher é protagonista do parto; valoriza a conexão corpo-mente e vê o corpo como um organismo. Os 12 pilares do modelo Humanizado são os que se seguem: (1) Conexão corpo-mente; (2) O corpo visto como um organismo; (3) O paciente é um sujeito relacional – relação entre médico e paciente, real conexão e percepção da pessoa como um indivíduo; (4) Conexão e cuidado entre atendente e paciente; (5) Diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; (6) Balanço entre as necessidades institucionais e as individuais – humanização

superficial e humanização profunda; (7) Informação, tomadas de decisões e responsabilidades são divididas entre o atendente e o paciente; (8) Ciência e tecnologia balanceadas com o humanismo; (9) Foco na prevenção das doenças – O paradigma da saúde pública; (10) A morte como um desfecho aceitável; (11) Atendimento orientado à compaixão; e (12) Abertura à outras modalidades de atendimento.

A MBEC, por si, pode também ser considerada um novo paradigma com grandes chances de sucesso em ambiente hospitalar, numa tentativa de substituir um modelo mais antigo e tradicional baseado no autoritarismo médico. A MBEC possui diversas definições, mas todas elas têm um ponto em comum: práticas e decisões médicas devem ser tomadas com base nas melhores evidências científicas disponíveis (Waldenstrom, 2007).

As inúmeras melhorias das tecnologias biomédicas transformaram o parto em um evento mais seguro do que era há 100 anos atrás, mas apesar das notórias melhorias advindas das tecnologias disponíveis para detecção e tratamento de possíveis complicações perinatais, cada vez mais estudos vêm demonstrando que a prática obstétrica quando não baseada em evidências científicas (atualizadas), não melhora a qualidade dos atendimentos prestados e não leva a resultados mais favoráveis de saúde materno e neonatal (Waldenstrom, 2007). Nas últimas duas décadas ocorreu um aumento significativo da aplicação de práticas e procedimentos biomédicos que visam iniciar, acelerar, terminar, regular e monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados para as mulheres e seus bebês (WHO, 2018). Entretanto o aumento da medicalização do nascimento tende a diminuir a capacidade da mulher de parir e pode ter impactos negativos sobre a percepção da experiência do parto (WHO, 2018).

Muitas das intervenções médicas, geralmente associadas ao modelo tecnocrático de atendimento, realizadas durante o trabalho de parto, são dolorosas para as mulheres, existindo uma correlação entre intervenções desnecessárias (muitas vezes realizadas sem coparticipação da mulher na tomada de decisões), a violência e o abuso da autoridade biomédica, com a prevalência de transtorno do stress pós-traumático após o nascimento do bebê (Diaz-Tello, 2016; Shabot, 2015).

Visando melhorar a promoção de saúde e assegurar o bem-estar em todas as etapas da vida a nova agenda global da WHO - *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* (2016–2030) - expandiu seu foco para assegurar que mulheres e seus bebês não apenas sobrevivam ao parto e suas possíveis complicações, mas que eles

possam ter sucesso em alcançar um parto e nascimento que assegure sua saúde e bem-estar (WHO,2018). A correlação entre o cuidado prestado à gestante e parturiente e o desfecho do nascimento é considerado um dos fatores críticos para assegurar a alta qualidade de atendimento e melhorar os resultados centrados na mulher e no bebê (WHO, 2018).

2. GÉNERO, PARTO E AUTONOMIA

Uma relevante fração do trabalho que vincula o feminismo às teorias sociais existentes é centrada no conceito de género, conceito que tem suas origens nos debates feministas da segunda vaga (Dias, 2018). O conceito de género faz uma rutura com as abordagens da psicologia e com o determinismo biológico, sendo um conceito subjacente às ciências sociais que realiza uma importante transformação, onde as diferenças (entre homens e mulheres) deixam de ser uma determinante biológica, natural e imutável, passando a ser compreendidas como construções sociais (Dias, 2018). O género não é considerado uma expressão da biologia ou uma dicotomia fixa do caráter individual; é uma construção que engloba as relações sociais e as atividades cotidianas; é uma estrutura particular, pois envolve uma relação específica com os corpos; é considerado uma estrutura multidimensional que não diz apenas respeito à identidade, ao trabalho, às relações de poder, ou à sexualidade, mas envolve todos esses contextos ao mesmo tempo (Dias, 2018).

Para o feminismo o conceito de género começou a ser utilizado na tentativa de encontrar uma possível explicação para a subordinação histórica das mulheres (Dias, 2018). A utilização da terminologia género, coloca a ênfase nas relações humanas, podendo incluir o sexo biológico, mas não sendo determinado por ele, não nega a existência de diferenças entre os sexos, mas se baseia nas formas como se constroem significados culturais, pois existem diferenças relativas ao papel social desempenhado para cada um dos sexos (Dias, 2018). O género não está na pessoa, mas nas interações e nas relações sociais onde masculino e feminino ganham sentido no contexto social e cultural onde estão inseridos e assim contribuem para a manutenção de uma determinada ordem social (Dias, 2018).

No que diz respeito à saúde, o género pode ser considerado uma das categorias na qual se tornam evidentes as desigualdades, existem condicionantes

complexas relacionadas com a evolução histórica do papel da mulher e da identidade de género, assim, não se pode compreender a medicalização do feminino como uma fração simples da medicalização como um todo (Santos, 2012). Durante muitos séculos as mulheres foram definidas como *o outro* no discurso médico, como *o doente*, a versão incompleta do homem (Lupton, 2002), onde os corpos femininos vêm sendo historicamente representados e tratados como potencialmente ameaçadores da ordem moral, principalmente pela natureza da sua sexualidade, muitas vezes referida como incontrolável (Turner, 1988 apud Lupton, 2002).

Segundo Shabot (2015) a experiência da gestação e do parto pode ser considerada como uma extensão da vida sexual de uma mulher, e é também um momento em que seu corpo fica sujeito às intervenções e controles sociais e médicos. No entanto, considerar as mulheres como vítimas passivas é ignorar sua participação ativa no processo de medicalização dos corpos femininos, da gestação e do parto, e é contribuir para o reforço do estereótipo da mulher vítima, passiva e frágil (Petchesky, 1987; Riessman, 1994 Apud Santos, 2016).

A Medicalização do parto é definida como a afirmação da medicina sobre o corpo da mulher, tendo como bases questões mais amplas de género (D’Orsi et al., 2014, Santos, 2016, Shabout, 2015), já a tecnocratização da medicina obstétrica é definida como a (hiper)valorização das tecnologias médicas para monitoração da gestação e do parto, utilizadas quando delas existe, ou não, real necessidade (Davis-Floyd, 2018; Gutman, 2012; Odent, 2002). A tecnocratização do parto nas sociedades ocidentais exemplifica e traduz a construção social do corpo feminino como um mecanismo falho, incapaz de produzir um bebê saudável sem a assistência das tecnologias (Davis-Floyd, 2018).

As principais críticas desenvolvidas pelos movimentos feministas sobre as questões que permeiam a gestação e o parto vão além das questões de controle exercido pelos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher (D’Orsi et al., 2014; Santos, 2016; Shabout, 2015), pois existe um controle mais subtil exercido pela sociedade, que se prende com a própria construção social do género (Santos, 2016). Esta naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico (Aguiar & D’Oliveira, 2010) posto que durante a gestação a mulher é responsável pela formação de um feto (viável) e essa responsabilidade lhe é socialmente imposta (Lupton, 2002). O corpo feminino grávido passa a ser considerado, menos uma propriedade da mulher, e mais como o lugar para criar condições adequadas para o desenvolvimento de um bebê (Gutman 2012; Tereso, 2005 e Joaquim, 2006 apud Santos, 2012). Se considerarmos que

o campo da maternidade é, por excelência, onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher, toda e qualquer violência nesse campo é fundamentalmente uma violência de género (Aguiar & D'Oliveira, 2010).

Nas sociedades contemporâneas onde o parto e o nascimento são um evento medicalizado, geralmente as individualidades da parturiente, bem como suas emoções e sua fisiologia única, não são levadas em consideração, existindo uma padronização de atendimento e da utilização de tecnologias (D'Orsi et al; 2014, Shabout, 2015). Sabe-se que as intervenções e exames biomédicos devem sempre (quando o paciente responde pelos próprios atos) serem precedidos de uma explicação sobre os mesmos, e o porquê de sua utilização e necessidade, ou seja: o consentimento livre e esclarecido; durante a gestação e o parto o mesmo deve ser exercido, pois quando não existe comunicação entre a equipe e a mulher, ela fica impedida de opinar sobre as intervenções que serão realizadas no seu corpo e não se pode considerar que houve consentimento (ADPMGP, 2015).

Não participar das escolhas, e ter preferências e autonomia negadas, desestabiliza as mulheres de diversas formas, podendo levar a sentimentos de frustração, depressão e incapacidade, aumentando a dificuldade da mulher em estabelecer vínculo com seu bebê, aumentando as dificuldades com a amamentação, bem como suscitando problemas conjugais e familiares (Carvalho, 2015).

O desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da imposição de normas e valores morais, também são apontados como importantes fatores que culminam nos atos de violência, que atingem gestantes, puérperas e mulheres em situação de abortamento (Aguiar & D'Oliveira, 2010). Estes maus tratos vividos pelas parturientes, na maioria das vezes, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias, quanto ao género, e são entrelaçados e realçados com discriminação de classe social, etnia, fatores culturais e religiosos (Aguiar & D'Oliveira, 2010).

Eventos hospitalares traumáticos anteriores, a percepção da autonomia no parto, bem como o tratamento fornecido pelas equipas de saúde, podem marcar a percepção pessoal sobre a (in)segurança do ambiente hospitalar, influenciando a escolha do local de parto (Boucher et al., 2009). Durante a gestação a pressão social para que haja sucesso na geração de um bebê viável promove uma percepção de riscos aumentada que também influencia as escolhas das gestantes e das equipas de saúde (Lupton, 2002; Zola, 1975 apud Santos, 2012).

3. RISCOS

O risco é um conceito que possui diferentes significados de acordo com quem o utiliza e onde é utilizado. A proliferação do uso do mesmo em contextos vernaculares e contextos profissionais, demonstra o quão complexo e confuso podem ser seus múltiplos significados e aplicações (Lupton, 2013). Em seu uso original *Risco* é uma palavra neutra que se refere à probabilidade de um evento ocorrer, portanto, o risco de um evento ocorrer pode se relacionar com um resultado positivo ou negativo (Lupton, 2013).

O conceito contemporâneo de risco perdeu sua distinção entre risco positivo (por exemplo o risco de ganhar na loteria) e risco negativo, e o uso da palavra risco não é mais associado aos cálculos de probabilidade sendo utilizado comumente como sinônimo de perigo, e *alto risco* sinônimo de perigo elevado (Lupton, 2013). Sendo assim, o uso da palavra risco é relacionado com eventos ruins ou indesejados, onde eventos negativos e potencialmente perigosos podem ocorrer, sendo esse o uso principal da palavra em muitos meios técnicos, dentre eles a medicina (Lupton, 2013).

A percepção do risco e a definição social do risco são inerentes à forma como os indivíduos se relacionam com a realidade. No que diz respeito à gravidez e ao parto, quer para os profissionais, quer para as próprias mulheres grávidas, há um cálculo cuidadoso do risco, no sentido de controle dos potenciais problemas (Giddens, 1998; Zadoroznyj, 2001, apud Santos 2012). É importante ressaltar a natureza sempre transitória e impermanente do risco. O risco não é um fenómeno que já existe, é um fenómeno que pode vir a acontecer em algum lugar do futuro, um potencial ainda não realizado (Lupton, 2013). O risco também é considerado como um evento normativo da moral, pois ele incorpora a noção de que algo ou alguém podem ser machucados (Lupton, 2013)

Apesar de a maioria dos 140 milhões de partos que ocorrem todo ano, globalmente, serem associados a mulheres sem fatores de risco de complicações intraparto, para elas e para os seus bebês, o momento do nascimento é considerado como um momento crítico (WHO, 2018). Essa percepção de risco elevado na gestação e no parto norteia a prática tradicional da medicina obstétrica, o que gera uma legítima preocupação da equipe em relação à saúde materna e neonatal: quando um médico atende uma gestante ele tem em mãos pelo menos duas vidas e isso implica responsabilidades e deveres que vão além dos apresentados a outros profissionais da saúde (Odent, 2002). Estudos que abordam de forma crítica o parto medicalizado afirmam que a elevada percepção de risco

do parto, mesmo quando fisiológico, deixa a mulher à margem das tomadas de decisão sobre o seu próprio corpo (Fox e Worts, 1999 apud Santos, 2012).

A percepção do risco associado ao parto aumenta ainda mais quando o nascimento não ocorre no ambiente de controle hospitalar, levando o PDP a motivar discussões em diferentes meios por ser considerado um desvio as normas médicas e sociais, uma fuga do sistema, e pelo fato de que, perante a percepção aumentada do risco, não se estar em um ambiente sob o controle médico e tecnológico (Santos, 2012). Ainda assim, o risco reportado por diversos estudos que comparam o parto em gestações de baixo risco em ambiente domiciliar e no ambiente hospitalar é considerado equivalente nesses dois ambientes (Boucher et al., 2009).

Entretanto, algumas mulheres consideram o risco iatrogénico de um parto hospitalar mais elevado do que os riscos de um parto fora do sistema (Jackson et al. 2012; Santos, 2016). As mulheres que optam pelo parto domiciliar, geralmente, têm uma percepção de que o hospital não é o lugar mais seguro para o parto, sendo que os hospitais são descritos como locais onde as parturientes ficam mais expostas às intervenções biomédicas e interrupções no processo do parto (Jackson et al., 2012).

A percepção do nascimento como um momento crítico para a sobrevivência da mulher e de seu bebê leva as mulheres, que optam por um parto domiciliar, a serem socialmente estigmatizadas como negligentes, *hippies* e *risk takers* (Devine, 2009 apud Jackson et al., 2012). Segundo Jackson e colegas (2012) as mulheres que optam por partos fora do sistema procuram sempre o melhor para elas e para seus bebês, escolhendo assim o local de parto com o menor risco percebido.

À parte da metanálise de Wax e colaboradores (2010), os grandes estudos publicados mostram algumas vantagens no parto domiciliar para mulheres com gestações de baixo risco, em termos de desfechos maternos, resultando em menor taxa de intervenções, menor ocorrência de parto instrumental, elevado grau de satisfação das usuárias, sem apresentar aumento significativo do risco de complicações para mães e bebês (Hutton et al. 2009; Janssen et al 2009; Johnson & Daviss, 2007).

A definição de risco como a possibilidade de um evento negativo acontecer é um conceito amplamente difundido, e é o conceito central em redor do qual os serviços médicos para o acompanhamento da gravidez e o parto são organizados. No cuidado perinatal o objetivo final dos testes biomédicos é identificar quais mulheres necessitam de assistência ou de tecnologias biomédicas mais intensivas durante o parto e nascimento (Viisainen, 2000).

A falta de exatidão de muitas das classificações de risco, e o sentimento de segurança que gira ao redor das tecnologias médicas gera questionamentos acerca dos riscos avaliados, e apesar das sofisticadas tecnologias de imagem e outros exames, existem sempre complicações que não podem ser previstas; mesmo nos partos considerados de baixo-risco é comum argumentar que todo o parto necessita de uma contínua vigilância hospitalar, pois as complicações imprevisíveis podem ter resultados negativos graves (Viisainen, 2000). Já a socióloga Rothman (2016) argumenta que o risco está em todos os locais, não se encontrando especificamente no ambiente domiciliar e deixando de existir quando o parto passa a ser acompanhado em ambiente hospitalar.

Isso leva ao questionamento de como o risco associado ao parto é percebido pelas mulheres que decidem não ter seus partos em ambiente hospitalar. A escolha do domicílio como local de parto vem sendo estudada como um movimento de parto alternativo, onde o parto domiciliar é compreendido como uma extensão do ceticismo feminino ao atendimento padronizado hospitalar (Viisainen, 2000). Os modelos alternativos de parto foram descritos como diferindo do modelo de atendimento médico ao parto em muitos aspetos, por exemplo: relativamente ao uso da tecnologia, na preferência de local de atendimento, no controle do parto e no entendimento do locus do risco (Davis-Floyd, 2018; Davis-Floyd 1992)

Enquanto no discurso médico o corpo da mulher grávida é considerado o locus do risco, no discurso alternativo o risco se encontra situado nas intervenções médicas onde intervenções tecnológicas ou psicológicas que possam interferir ou divergir do processo fisiológico do parto, são consideradas como uma fonte potencial de efeitos iatrogênicos (Davis-Floyd, 2018; Davis-Floyd 1992). No modelo médico, a equipe de saúde procura controlar os riscos inatos do corpo grávido, enquanto nos modelos alternativos as mulheres procuram o controle dos riscos do ambiente, evitando o ambiente hospitalar e as intervenções que podem ser sujeitas nesse local (Davis-Floyd, 2018; Viisainen).

Wrede (1997 apud Viisainen, 2000) argumenta que a visão médica localiza o risco como sendo inato à gestação (gestação de risco) ou como resultado do comportamento ou estilo de vida da mulher grávida (mães de risco); essa diferenciação é importante, pois possui implicações morais, dado que ser uma mãe de risco é potencialmente mais estigmatizador do que ter uma gestação de risco. Essa distinção entre gestação de risco e mulheres de risco é útil para destacar a dimensão moral do discurso de risco sobre o parto domiciliar. Não apenas o discurso médico define o parto como um

evento arriscado, sendo por isso necessária a hospitalização, como também define a escolha do parto domiciliar como comportamento de risco (Viisaien, 2000). Aqueles que vão contra o conselho médico de parto hospitalar têm de lidar com o risco moral de serem categorizados e estigmatizados como pessoas com comportamento irresponsável, potencialmente mesmo de pais negligentes.

Viisaien (2000) sugere três categorias de risco como sendo as mais importantes para a decisão do local de parto: (i) risco médico da gestação e parto; (ii) riscos iatrogénicos das práticas médicas; e (iii) risco moral de ir contra a norma do parto em ambiente hospitalar controlado. Para um indivíduo que está tomando decisões, os riscos não são claros e numéricos, mas sim ambiguidades com as quais cada um deve conviver (Gifford, 1986, apud Viisaien, 2000).

Existe uma linha que divide a perceção de segurança entre o ambiente hospitalar e domiciliar. No hospital o conhecimento médico desculpa as incertezas e os riscos do parto, já que os mesmos se encontram sobre o controle de profissionais e tecnologias; pessoas que escolhem o parto domiciliar ultrapassam essa linha social e cultural do que é entendido como o local ideal e seguro para o parto, e são definidos no discurso médico como grupo de risco (Douglas, 1985 apud Viisainen, 2000). A linguagem que refere o parto domiciliar como arriscado pode ser vista como uma técnica social de coerção para manter todos em conformidade com o sistema médico (Douglas, 1985 apud Viisainen, 2000).

Como já foi referido, o conceito de risco nunca é neutro, ou sem valores atribuídos (Lupton, 2013), a perceção do risco depende da situação na qual cada pessoa se encontra e, portanto, a perceção de risco varia de acordo com o contexto. Segundo Viisainen (2000), as pessoas que optam pelo parto domiciliar podem ser vistas como reais representantes do que Giddens (1994) chama de indivíduos reflexivos pós-modernos: eles desafiam o conhecimento autoritário avaliando por eles mesmos o que é válido e importante no discurso de risco médico; eles escolhem utilizar a prática médica no que consideram necessário para garantir sua segurança médica nos seus planos, contra argumentando desfavoravelmente face aos riscos do discurso com a ambivalência dos seus conhecimentos, ou utilizando sua intuição.

4. NASCER EM PORTUGAL

No decorrer da história recente portuguesa uma transição do local de parto - do domiciliar para o hospitalar - pode ser verificada: na década de 1960 apenas 18,4% dos partos acontecia em estabelecimentos de saúde, já na década de 1990 um elevado percentual (95%) dos partos teve seu lugar no hospital (Silva & Alves, 2003). Concomitantemente a essa mudança de local, foi também registada uma grande diminuição do número de partos que ocorrem sem nenhum tipo de assistência, sendo o valor estimado para os partos sem nenhum tipo de assistência de 0,1% em 1998 (Silva & Alves, 2003). Atualmente, em Portugal, as taxas de mortalidade neonatal estão em torno de 2,1 (Pordata, 2019) e 2,5 (Euro-Peristat, 2010), por mil; já os índices de mortalidade perinatal estão em torno de 4 por mil (Pordata, 2019).

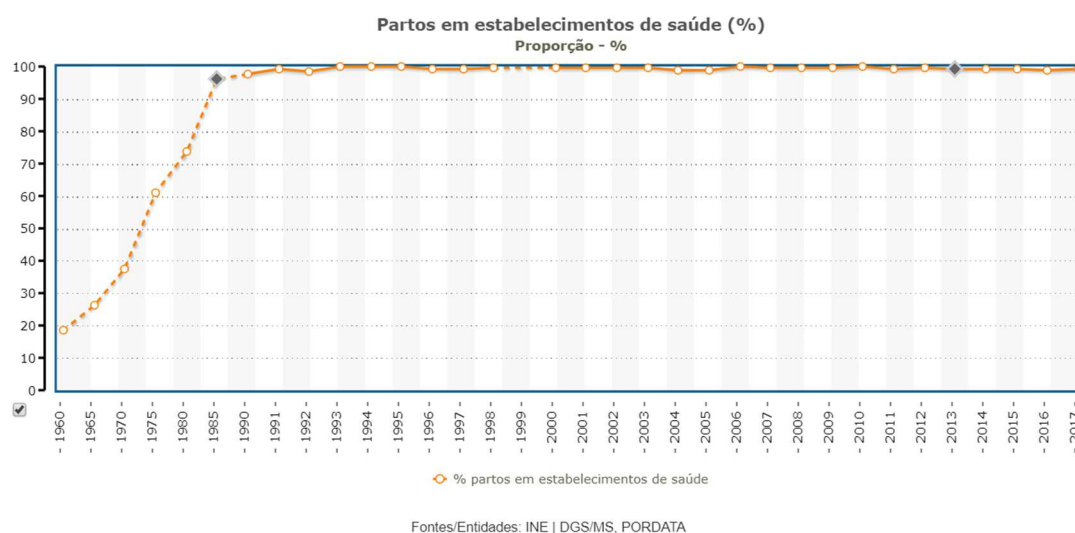


Gráfico 1 -Total de Partos em Estabelecimentos de Saúde (Pordata, 2019)

Em alguns países europeus a escolha pelo parto domiciliar tem vindo a aumentar, o que não ocorre em Portugal onde foram verificados apenas 0,8% de partos domiciliares em 1998 (Silva & Alves, 2003, p.57) e os dados mais recentes, de 2010, mostram que foram registados 856 partos domiciliares em Portugal, o que corresponde a cerca de 0,8% do total (Pordata, 2019). Contudo, estes dados poderão não ser representativos do PDP já que os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa não permitem a distinção entre o PDP e os demais tipos de nascimentos domiciliares (Euro-Peristat 2010; Santos, 2012), nomeadamente no que se refere ao: Parto Domiciliar Desassistido (PDD – parto que acontece em ambiente domiciliar planeadamente sem o

acompanhamento de profissionais habilitados) e ao Parto Domiciliar Não Planeado (PDNP – parto que acontece em ambiente domiciliar sem planeamento prévio) .

Segundo dados do Pordata (referentes ao ano de 2014), 33,5% das mulheres tiveram seus bebês por via cirúrgica, em Portugal, dados condizentes com o Euro-Peristat (2010) que enquadram Portugal entre os países Europeus com os maiores índices de cesarianas - 36,1%, juntamente com a Itália e a Grécia. Nos Hospitais Particulares em Portugal o índice de cirurgias cesarianas é ainda mais elevado totalizando 64,60% dos nascimentos realizados nos mesmos (Pordata, 2019). Segundo a WHO (2015) a taxa de cesarianas recomendadas é em torno de 10 a 15% do total dos partos realizados. A cirurgia cesariana, quando medicamente justificada, previne a mortalidade e morbidade materna e neonatal, mas não existem evidências científicas que comprovem que a sua utilização melhore os resultados ou traga qualquer tipo de benefício para a saúde materna e neonatal quando realizada sem justificativas; pelo contrário, por se tratar de uma cirurgia, ela é associada a riscos aumentados a curto e longo prazo para a saúde materna e neonatal (WHO, 2015).

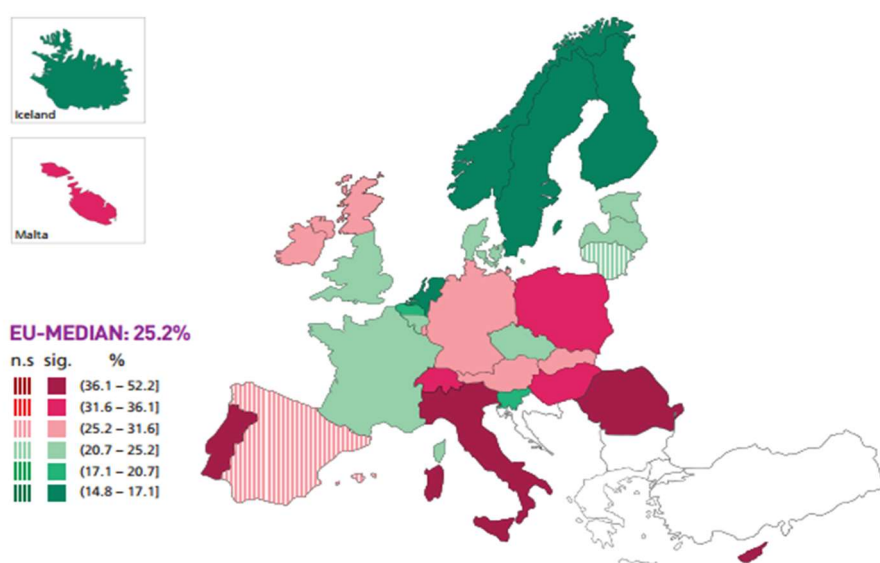


Figura 1 – Cesarianas como percentagem do total de partos (Euro-Peristat, 2010)

No estudo realizado pela APDMGP (2015), 71,3% dos partos, que ocorreram por via vaginal aconteceram com algum tipo de intervenção. Este estudo revelou também que 43,8% das mulheres consideram que não foram consultadas sobre as intervenções às quais foram sujeitas. Ainda segundo o mesmo estudo (APDMGP, 2015), a epidural foi o procedimento mais comum, chegando aos 78,3% dos partos normais,

seguido da episiotomia com 72,7%, valores semelhantes aos descritos pelo Euro-Peristat (2010, anexo III) que relatou 72,9% de episiotomias nos partos normais em Portugal, o segundo maior índice da Europa.

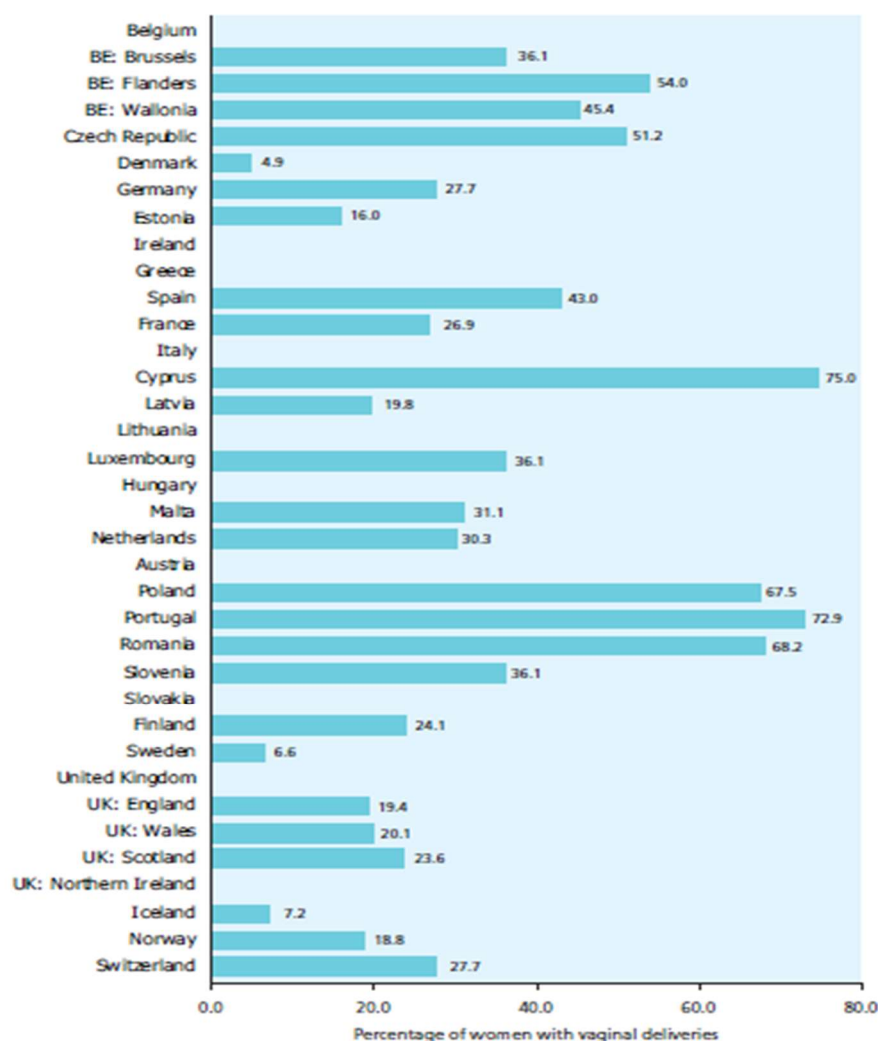


Figura 2 – Percentagem de mulheres que tiveram episiotomias em partos vaginais (Euro-Peristat, 2010)

Segundo Silva & Alves (2003), em Portugal todas as pessoas grávidas têm direito ao acesso gratuito aos cuidados perinatais. No entanto o acesso a esses cuidados não é igualmente distribuído por todo o país, enquadrando Portugal entre um dos poucos países da União Europeia com um percentual de gestações não vigiadas superior a 1% (entre 1,8 e 7% consoante as regiões). Ainda segundo as autoras Silva & Alves (2003), o acesso às informações sobre gestações não vigiadas é difícil, posto que não existem dados exatos sobre o recurso à medicina privada.

CAPÍTULO II – CONFIGURAÇÕES DA ESCOLHA

1. A ESCOLHA DO LOCAL DE PARTO

Os hospitais modernos passaram por uma grande mudança tecnológica nos últimos 50 anos, onde condições de atendimento mais personalizado e com maior segurança para a parturiente são observadas (Boucher et al., 2009). Isso levou o ambiente hospitalar a ser elegido, pela quase totalidade das mulheres e seus parceiros, como o ambiente ideal para o nascimento de seus filhos (Boucher et al., 2009). Isso também pode ser observado em Portugal. Mas apesar de toda a segurança e tecnologia biomédica existente no ambiente hospitalar, uma porção muito pequena da população portuguesa escolhe declinar as propostas hospitalares para experienciar o parto fora do sistema, em suas casas, o que leva a questionar os motivos e razões que levam a essa escolha não convencional.

A escolha do local de parto é um direito reprodutivo das mulheres, que podem, e devem escolher como e onde irão parir. Os possíveis locais de parto devem ser informados e baseados em evidências científicas atuais e de qualidade, livres de julgamento pessoal, possibilitando que uma escolha informada possa ser realizada (Boucher et al., 2009; FIGO, 2009; Halfdansdottir et al., 2015; Odent, 2002; WHO, 1996; Santos, 2016).

Apesar do parto domiciliar ser uma prática reconhecida e já legitimada em diversos países, como o Canadá, a Holanda e a Austrália (Sanfelice & Shimo, 2015), em Portugal, a prática do parto em casa ainda representa uma escolha de local não usual e não legitimada. Dados estatísticos atuais mostram que cerca de 0,8% dos partos ocorrem em ambiente não hospitalar (Pordata, 2019; Euro-Peristat, 2010). Nessa percentagem estão incluídos os partos ocorridos no trajeto para o hospital ou no domicílio de forma não planejada, o que demonstra que a proporção de partos domiciliares planejados e assistidos por profissionais habilitados ainda é muito discreta. Entretanto, a discussão acerca do parto domiciliar gera diversos debates e muitos questionamentos, seja na área política, acadêmica, científica ou mediática (Sanfelice & Shimo, 2015).

A grande polêmica que envolve o parto domiciliar se dá pelo facto de ele ser considerado, para a medicina contemporânea, um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos de que a saúde dispõe, colocando em risco a saúde da mulher e do recém-nascido (Sanfelice & Shimo, 2015). Tal fato demonstra que ainda são pouco

compreensíveis, por parte da sociedade, os motivos que levam uma mulher a escolher o ambiente domiciliar para parir, abdicando da tecnologia, da modernidade e da suposta segurança que se encontram, hoje, em hospitais/maternidades (Sanfelice & Shimo, 2015).

Os fatores que envolvem a escolha do local de parto, extrapolam a visão de uma escolha simplista entre o local – hospital (público ou privado), centro de partos ou casa – a escolha está centrada numa mudança de percepção de riscos que envolve uma série de comportamentos, valores e sentimentos relacionados com as expectativas e idealizações quanto à maneira de dar à luz e nascer (Sousa, 2005 apud Feyer et al., 2013). Para Davis-Floyd (2018), nem todas as mulheres se sentem seguras com a tecnocratização da medicina utilizada durante o parto em ambiente hospitalar, e isso leva algumas mulheres a valorizar a natureza e os seus corpos acima da ciência e da tecnologia. Essas mulheres consideram muitas vezes as intervenções tecnológicas no parto como algo perigoso e desejam experienciar o parto integralmente, acreditando que o locus do parto é o seu próprio corpo (Davis-Floyd, 2018)

A escolha do local de parto está ancorada num processo de autonomia, e esta autonomia de escolha é definida, por Halfdansdottir e colaboradores (2015), segundo três atributos centrais: Informação, Capacidade e Liberdade. Uma mulher escolhendo o local do seu parto é autônoma somente se, e quando, recebe informação relevante sobre as escolhas possíveis, seus riscos e benefícios, sendo então capaz de compreender e processar a informação e escolher o local do parto que mais se adequa às suas necessidades e expectativas, quando não existem pressões exteriores ou juízos de valor baseados em crenças pessoais dos prestadores de atendimento ou dos profissionais de saúde (Halfdansdottir et al., 2015).

Compreender os componentes dessa opção, em suas múltiplas dimensões (simbólica, ritualística, de autonomia entre outras), no âmbito do cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, se torna assim muito relevante, e a escolha pelo PDP incorpora a valorização do protagonismo dos participantes «mulher, parceiro e bebê», não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas se comprometendo com outras concepções ideológicas igualmente significativas, como a valorização dos rituais de cuidado personalizados e individuais (Feyer et al., 2013).

Segundo Boucher e colaboradores (2009) as razões principais apontadas como as mais comuns na escolha do PDP são: (i) Segurança (percepção de); (ii) Evitar intervenções biomédicas (desnecessárias) comuns no atendimento médico hospitalar; (iii) Experiência hospitalar anterior negativa; (iv) Maior possibilidade de controle do

processo; e (v) Ambiente confortável e familiar. Outro tema apontado por Boucher e colaboradores (2009) como fator de grande importância pelas mulheres que optam pelo PDP é a confiança no processo corporal e fisiológico do parto e nascimento. Bedwell e colaboradores (2011) dão destaque à opinião do parceiro como um fator decisivo na escolha do local de parto (Bedwell et al., 2011). A opção pelo PDP, segundo Salen (2007 apud Feyer et al., 2013), está ancorada no ideal do casal grávido, que pressupõe um grau de igualitarismo entre os papéis feminino e masculino.

A escolha por um ambiente não usual para o parto parece estar intimamente relacionada com a aquisição do conhecimento dos modelos de assistência obstétrica, incluindo o aspeto técnico, científico e legal de normas, procedimentos e rotinas utilizados (Sanfelice & Shimo, 2015). Quando as mulheres vivenciam a gestação e o parto não mais como sujeitos passivos, mas sim com uma postura ativa, questionadora, crítica e reflexiva sobre o que lhes é oferecido, muitos conceitos passam a ser vistos por outro ângulo (Sanfelice & Shimo, 2015). Dessa forma, a opção pelo PDP não parece representar uma estratégia relacionada a modismo, desinformação ou rebeldia, mas sim a um processo autorreflexivo que envolve desconstruções de paradigmas biomédicos socialmente impostos e reconstrução de uma postura ativa e autônoma (Sanfelice & Shimo, 2015).

2. O AMBIENTE – CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS E VÍNCULO

As experiências da gestação e do parto, o cuidado fornecido pela equipe de saúde e a satisfação das mulheres com as questões perinatais possui impacto no estabelecimento do vínculo materno-neonatal, na saúde integral e na estruturação das novas relações familiares (Gutman, 2012). A palavra vínculo possui sua origem do latim *vinculum* e significa atar, assim, é possível considerar que o vínculo é aquilo que liga, une ou ata duas ou mais pessoas (Teixeira, 2018). A construção da vinculação entre mãe e bebê, e entre pai e bebê, é tecida desde as interações precoces da gestação, sendo que o vínculo é considerado uma ligação de afeto específico que possui seu início no desejo dos pais em terem um filho (Bayle, 2006).

A teoria da vinculação surge por meio de pesquisas realizadas em torno da segunda guerra mundial, sendo inicialmente atribuída a John Bowlby, que pesquisou os efeitos na saúde mental da separação da díade mãe-bebê (Teixeira, 2018). Bowlby

enfatizava a importância dos cuidados maternos, chamando a atenção dos profissionais que trabalhavam em hospitais para a importância do vínculo estabelecido entre a mãe e o bebê, bem como dos cuidados parentais (Teixeira, 2018).

A relação de vinculação pode ser compreendida como um forte laço que se estabelece precocemente na vida do bebê, sendo que a época de vida mais relevante para o estabelecimento dessa relação vai do momento do nascimento até os 8 meses de vida (Teixeira, 2018). Essa relação de vinculação liga o bebê a uma, ou mais, figuras estáveis na sua vida, sendo considerada única e privilegiada, tendo sua construção progressiva através de um esquema evolutivo e geneticamente programado (Teixeira, 2018,). Em seu trabalho realizado em hospitais, Bowlby, realizou um relatório que foi posteriormente entregue à WHO, alertando para possíveis problemas mentais advindos da privação da vinculação, e afirmou ser primordial a experiência de um ambiente aconchegante e um relacionamento contínuo com a figura materna, ou figura de vinculação, como condição essencial para um bom desenvolvimento mental (Teixeira, 2018).

O início do vínculo entre a mãe e o bebê é influenciado pela experiência do parto e o primeiro encontro entre mãe e bebê, sendo que nas sociedades ocidentais contemporâneas a maioria dos partos e nascimentos ocorre em instituições (hospitais e maternidades) onde a equipe, geralmente, não leva em conta as condições emocionais da parturiente (Gutman, 2012). Assim, o momento do parto acaba por perder seu caráter íntimo, sexual, amoroso e pessoal (Gutman, 2012). Para os homens o participar e estar presente no parto e nascimento é uma oportunidade única e exclusiva de criar um forte vínculo com o bebê recém-nascido (Johansson et al., 2014).

A WHO (2018) define uma experiência positiva como:

“A positive childbirth experience is one that fulfils or exceeds a woman’s prior personal and sociocultural beliefs and expectations, including giving birth to a healthy baby in a clinically and psychologically safe environment with continuity of practical and emotional support from a birth companion(s) and kind, technically competent clinical staff. It is based on the premise that most women want a physiological labour and birth, and to have a sense of personal achievement and control through involvement in decision-making, even when medical interventions are needed or wanted.” (WHO, 2018, p.1)

Dados encontrados por D’Orsi e colaboradores (2014) mostram que a satisfação em relação à experiência vivenciada durante o nascimento do bebê é correlacionada com a qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as

parturientes, e a possibilidade de autonomia destas. Quando a mulher não tem as suas preferências e sua autonomia respeitadas durante a gestação e o parto, se sente desestabilizada de diversas formas, podendo levar a sentimentos de frustração, depressão e incapacidade, aumentando a dificuldade de estabelecer vínculo com seu bebê e com a amamentação, podendo originar problemas conjugais e familiares (Carvalho, 2015).

Nas percepções relatadas pelas mulheres sobre experiência de parto, o apoio dos cuidadores tem um papel central, sendo muitas vezes referido como mais importante do que os medicamentos para o alívio da dor (Waldenstrom, 2007). Esse suporte profissional adequado e contínuo durante o trabalho de parto tem um efeito positivo na experiência global vivenciada pela mulher que quando sente que é acolhida e tem sua autonomia respeitada se sente mais segura e confiante com o processo do nascimento (Waldenstrom, 2007).

Os desfechos de saúde materno neonatais são influenciados pela qualidade do atendimento prestada pela equipe de saúde, onde as interações positivas entre a parturiente e a equipe de saúde levam a desfechos mais favoráveis; já nas interações negativas entre a parturiente e a equipe de saúde, a parturiente pode vivenciar ansiedade e estresse. (D’Orsi et al., 2014).

O suporte emocional, a capacidade de comunicação entre a equipe médica e a mulher, o fornecimento adequado de informações e participação da mulher no processo das tomadas de decisão com relação ao seu corpo e o nascimento do bebê são fatores importantes para uma saúde integral perinatal (D’Orsi et al., 2014).

Ter o parto em um local descrito como confortável, calmo, pacífico, amoroso e familiar é um ponto importante para as mulheres que optam pelo parto domiciliar. O ambiente domiciliar também é comumente descrito como o local escolhido para se evitarem intervenções médicas desnecessárias e onde um atendimento individualizado que respeita o protagonismo da mulher é oferecido pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (Boucher et al., 2009)

3. PARENTALIDADES E O PAPEL DO PAI NO PARTO

O termo parentalidade é bem difundido nos países de língua portuguesa; é um vocábulo comumente utilizado para designar a maternidade e a paternidade simultaneamente, englobando duas grandes dimensões: o envolvimento parental e a

relação co parental (Mesquita, 2013). O envolvimento parental é o empenho do pai e da mãe no desempenho de seus papéis parentais (Academia das Ciências Sociais, 2001 apud Mesquita, 2013). Já a coparentalidade implica habitualmente uma articulação entre o pai e a mãe no exercício das funções cotidianas de cuidado (Mesquita, 2013). Sendo assim, a parentalidade pode ser descrita como uma interação do pai e da mãe no desempenho de seus papéis parentais, onde o termo remete para a comunicação interpessoal (Academia das Ciências Sociais, 2001 apud Mesquita, 2013). Em Portugal os filhos possuem papel central na vida dos homens e mulheres, existindo uma estreita relação entre a perceção de bem-estar individual e a parentalidade (Wall & Amâncio, 2007 apud Mesquita, 2014).

O papel dos parceiros homens tem grande influência na gestação, nas escolhas, no parto e nascimento, e os mesmos também podem desempenhar um papel muito importante no sucesso (ou insucesso) com a amamentação (Bedwell et al., 2011). Em comparação com o passado, as sociedades ocidentais têm vindo a advogar com crescente insistência um papel ativo para os pais na gestação e parto de suas parceiras (Lindgren & Erlandsson, 2011). Na década de 1960, a presença do pai durante o trabalho de parto e nascimento tornou-se um evento comum entre os adeptos dos partos naturais, mas essa presença era considerada um assunto controverso por uma pressuposição de que os homens não deveriam estar presentes pois não teriam coragem para presenciar tal evento, e a sua presença era vista como uma ameaça à segurança médica (Lindgren & Erlandsson, 2011).

Atualmente, em países ocidentalizados, a presença do pai no parto é vista como natural, muitas vezes esperada, e os pais são encorajados a participarem do mesmo (Bedwell et al., 2011; Johansson et al., 2014; Lindgren & Erlandsson, 2011), mas apesar de ser um evento onde o acompanhamento do parceiro é comum e encorajado, não ocorre na totalidade dos partos (Lindgren & Erlandsson, 2011). Em Portugal, apenas em 2016 com Despacho n.º 5344-A/2016, a presença do pai ou de um acompanhante foi integralmente estabelecida como um direito previsto por lei. A maioria dos homens deseja estar ativamente envolvido no trabalho de parto de suas parceiras e ver respeitada a sua autonomia para cooperar (Johansson et al., 2014).

Na transição para a paternalidade existe um papel importante do companheiro masculino como provedor de alívio de stress, onde o apoio e o engajamento do companheiro masculino são correlacionados com experiências positivas para as novas mães (Somers-Smith 1999). Em contraste, quando as expectativas de suporte não são

confirmadas, podem surgir sentimentos de perda de controle e um elevado risco de depressão materna (Johansson et al., 2014).

A ansiedade durante a gestação é uma emoção comum entre os homens, bem como os sentimentos de vulnerabilidade, sendo que ambos estão ligados aos sentimentos masculinos de incerteza que cercam o processo do parto e nascimento e o papel que é esperado que eles desempenhem (Johansson et al., 2014). Os medos sobre a segurança das suas parceiras e dos bebés ainda não nascidos também influenciam essa experiência (Johansson et al., 2014). Entretanto, existem evidências de que os homens podem aproveitar positivamente a experiência da gestação e parto, especialmente quando percebem e sentem que estão recebendo apoio da equipe de saúde que acompanha a sua parceira e seu bebé (Johansson et al., 2014).

O nível de engajamento e envolvimento ativo que os homens experienciam durante o trabalho de parto e o nascimento dependem fortemente da qualidade de comunicação e interação que eles compartilham com a equipa de saúde (Johansson et al., 2014). Atitudes e comunicação positivas e respeitadas impactam fortemente na sensação positiva de envolvimento masculino; estar continuamente provido de informações gera sentimentos de segurança e de inclusão e, conseqüentemente, faz grande diferença na sensação de controle e participação percebida pelo homem (Johansson et al., 2014). Uma importante consequência das interações positivas é que, quando os homens se sentem seguros, eles conseguem relaxar e assim conseguem aceitar e confiar no processo do trabalho de parto, aumentando a sua capacidade de envolvimento ativo (Johansson et al., 2014).

Interações negativas entre a equipa de saúde e o acompanhante podem ser muito prejudiciais. As rotinas hospitalares e o sentimento de não pertencer no local geram obstáculos para que os parceiros consigam se empenhar de um modo positivo; quando o parceiro sente que é posto à parte ou ignorado gera-se um sentimento de desconexão que leva a frustração e stress (Johansson et al., 2014).

Quando o ambiente domiciliar é o escolhido como o local de parto, um fator apontado como importante para a escolha é a pressuposta perda de controle associada ao parto hospitalar (Lindgren & Erlandsson, 2011). Os pais querem estar em controle de suas próprias decisões e compartilhar a responsabilidade pelo nascimento de seus filhos (Lindgren & Erlandsson, 2011).

Um fator muito importante é que o status de pai do bebé seja reconhecido e que sua presença seja validada e valorizada, independente de onde o parto aconteça

(Johansson et al., 2014). Os homens desejam ser considerados como parte da díade «casal em trabalho de parto» e integrantes do processo do nascimento, pois acreditam que estar presente faz parte de ser um bom pai, o que reflete o seu comprometimento com a parceira e a unidade familiar (Johansson et al., 2014). Para esses homens o sentimento de estar ativamente engajado, envolvido e prover suporte para as parceiras, é um elemento importante para uma experiência positiva (Johansson et al., 2014).

CAPÍTULO III – CONFIGURAÇÕES METODOLÓGICAS

1. PERCURSO METODOLÓGICO

O questionamento dos fatores, razões e motivos que levam à opção do ambiente domiciliar para o parto em Portugal foram centrais a toda a pesquisa, fomentando a base do percurso inicial da investigação empírica, onde um caminho de desconstrução de conceitos previamente estabelecidos em direção a uma percepção e construção sociológica sobre a problemática do estudo foi realizado. Os questionamentos que permeiam as expectativas, projetos, fatores e racionalidades que envolvem a opção pelo PDP em Portugal deram corpo às questões de partida, que foram alicerçadas com o apoio da pesquisa bibliográfica, a entrevista inicial com uma Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica portuguesa e conversas informais com mães que tiveram seus filhos em território nacional.

O caráter exploratório e a profundidade necessária para esta investigação levaram a uma opção por uma metodologia qualitativa. As metodologias qualitativas das ciências sociais têm como base uma grande diversidade de posturas teóricas e métodos, pelo que o trabalho de Guerra (2006) foi utilizado como norteador para as escolhas metodológicas, bem como para escolha de análise de dados realizada. Sendo assim, a opção por uma Postura Analítica e de Reconstrução do sentido foi eleita como a abordagem mais adequada.

Segundo Guerra (2006), na Postura Analítica e de Reconstrução do Sentido, a pesquisa pretende produzir metodicamente sentido social a partir da exploração de entrevistas, onde o sujeito é considerado uma síntese ativa do todo social e se pretende realizar uma análise de conteúdo na tentativa de interpretar a relação entre o sentido subjetivo da ação, o ato objetivo e o contexto social. Essa postura não é associada a uma metodologia específica, valendo-se assim de uma variedade de posturas teóricas que consideram o foco da análise de conteúdo o sentido da ação e as suas diferentes racionalidades, e o desafio é tornar a subjetividade objetiva (Guerra, 2006).

Para que fosse possível conhecer os fatores subjetivos à escolha do PDP, a técnica de recolha de dados que foi eleita como a mais adequada foi a entrevista semiestruturada, realizada à mulher e ao seu parceiro (separadamente) que optaram pelo PDP em Portugal. Realizaram-se um total de 16 (dezesseis) entrevistas, das quais: 10 (dez) mulheres, 5 (cinco) homens e 1 (uma) Enfermeira Especialista de Saúde Materna e

Obstétrica. Tendo em conta que alguns homens optaram por não participar, somente as entrevistas em que os homens e mulheres que participaram da gestação e do parto dos mesmos filhos foram descritas e tiveram os dados analisados.

Todas as entrevistas tiveram seu conteúdo integralmente gravado e transcrito *Verbatim*. As entrevistas decorreram entre março e maio de 2018, nos distritos de Lisboa e Setúbal e tiveram a duração média de 1 hora e 45 minutos. Foram descritos 14 (quatorze) partos e nascimentos. Esse número representam 7 (sete) nascimentos relatados duplamente do ponto de vista da mãe e do pai, com o intuito de perceber possíveis diferenças do discurso. São eles do ponto de vista da mulher e do homem: 2 relatos de parto hospitalar planeado que terminou em cesariana; 2 relatos de PDP com transferência para ambiente hospitalar e que terminaram em cesariana; 10 relatos de PDP; 2 relatos de perda gestacional. Do ponto de vista apenas da mulher foram recolhidos: 2 relatos de IVG.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

O interesse pelas problemáticas feministas de medicalização da saúde da mulher, do parto e do nascimento dos bebês, levou à delimitação do **objeto de estudo**: a escolha do Parto Domiciliar Planeado (PDP), analisado do ponto de vista da mulher e de seu parceiro, que escolheram o ambiente domiciliar para o parto, em Portugal. O percurso da investigação teve a intenção de compreender em profundidade questões sociológicas, emocionais e de cunho feminista que envolvem o objeto de estudo.

Tendo em conta a escolha do objeto de estudo, constituiu-se a **questão de partida**: Quais os principais fatores e razões que levam as mulheres (e seus parceiros) a optarem pelo PDP em Portugal?

Os **objetivos gerais** do estudo são:

- (a) Compreender qual/quais a/s razão/razões e fatores que levam à escolha pelo PDP;
- (b) Compreender as possíveis implicações da escolha pelo PDP na vida da mulher e de seu parceiro.

3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

A Pesquisa Documental:

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em profundidade sobre os temas relacionados ao PDP em Portugal, pesquisa que serviu como base teórica para a elaboração das entrevistas. Após a aplicação das entrevistas, transcrição e análise inicial, uma pesquisa bibliográfica em profundidade foi realizada para complementar os achados na pesquisa de campo. Para tal fim, artigos científicos, literatura cinzenta (dissertações de mestrado e teses de doutoramentos, aprovadas e disponíveis nas bibliotecas universitárias), livros técnicos e outras fontes foram consultados.

A Pesquisa de Campo:

Na tentativa de criar um grupo relativamente homogêneo de entrevistados, com o objetivo de reduzir possíveis vieses na pesquisa foram elaborados os critérios de inclusão. São eles: Casais heterossexuais, que no ano do nascimento do filho por PDP estavam casados ou vivendo em união de facto em território português; Mulheres que tiveram seus filhos entre os 21(vinte e um) e 40 (quarenta) anos de idade; mulheres que durante a gestação correspondente ao PDP tiveram riscos habituais gestacionais. Apenas mulheres que tiveram gestação de baixo risco participaram da pesquisa; segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.33) “Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada [...], nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. O risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas”.

Ao todo foram realizadas 16 entrevistas das quais: 10 mulheres, 5 Homens e 1 Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Para fins de análise de dados somente as entrevistas onde a mulher e seu parceiro concordaram em participar da entrevista foram analisadas. A entrevista com a Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica foi realizada com caráter exploratório, contribuindo para a melhoria deste trabalho e da estrutura das entrevistas, mas também não consta na análise dos dados.

Os informantes foram contactados por meio da Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gestação e no Parto (APDMGP) e pela página no Facebook das Doulas de Portugal. As entrevistas foram realizadas na região da grande Lisboa e Montijo (motivo – limites de deslocação, financeiros e temporais), mas mulheres que tiveram seus filhos em outras localidades de Portugal foram incluídas na pesquisa.

4. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

As metodologias qualitativas das ciências sociais têm como base uma grande diversidade de posturas teóricas e técnicas, pelo que, o trabalho de Guerra (2006) foi utilizado como norteador para a escolha da metodologia de análise de dados, que recaiu sobre uma Postura Analítica e Reconstrução do sentido.

Todo o material recolhido na pesquisa foi sujeito a Análise de Conteúdo, no intuito de descrever situações e interpretar o sentido do que foi dito. Segundo Guerra (2006), uma diversidade de técnicas de análise de conteúdo pode ser utilizada para a análise das entrevistas em profundidade, onde é importante realizar:

- (i) Transcrição das entrevistas de modo integral e fiel ao que foi dito
- (ii) Leitura das entrevistas e anotações
- (iii) Construção das sinopses das entrevistas
- (iv) Análise descritiva
- (v) Elaboração do relatório e restituição

Portanto, todas as entrevistas realizadas foram integralmente transcritas, as transcrições foram atenciosamente lidas e relidas e a partir delas uma sinopse das entrevistas foi construída. A sinopse foi a base de uma Análise Descritiva Temática e o relatório elaborado faz parte do corpo da discussão.

Na Análise Descritiva Temática aprofundada são identificados os *corpus* centrais das entrevistas em profundidade e através da identificação de categorias e subcategorias é realizada a Análise de Conteúdo Temática (Guerra, 2006). As categorias e subcategorias

foram criadas com base no conteúdo das entrevistas e nos achados teóricos. E essas categorias e subcategorias encontram-se ilustradas na Figura 3 (localizada na página 34).

Não se encontram incluídas nesta dissertação as transcrições ou as sinopses pelo volume das mesmas.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

As entrevistas forneceram uma grande quantidade de informações que relatam as razões que permeiam a escolha e a vivência de um parto domiciliar planeado em Portugal, que, embora descrevam individualidades e singularidades do contexto social e do percurso de vida de cada pessoa entrevistada, auxiliaram no estabelecer de ligações e construções comuns entre as entrevistas. Procurou compreender-se em que medida o género da pessoa entrevistada influencia o estabelecimento de pontos em comum ou divergentes na reconstrução do sentido social. Os conteúdos obtidos nas entrevistas se aproximaram e se entrecruzaram com o conteúdo previamente levantando durante a etapa de pesquisa bibliográfica. Esse conteúdo de cariz teórico também auxilia a interpretação dos dados obtidos para a compreensão dos fenómenos sociais que constituem a escolha pelo PDP em Portugal.

Os resultados da Análise de Conteúdo Descritiva Temática, seguindo a metodologia proposta por Guerra (2006) na Postura Analítica e de Reconstrução do Sentido, são apresentados nesse capítulo, bem como uma discussão das relações que se estabelecem entre o referencial teórico, onde significados específicos para os questionamentos levantados são produzidos.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Inicialmente, faz-se necessária uma breve caracterização sociodemográfica dos entrevistados, permitindo assim contextualizar os dados. Posteriormente, e de forma a seguir o guião da entrevista, os resultados serão apresentados, de forma organizada, que se assemelha à estrutura do corpo da referência teórica construído. Para tal, dados referentes às pessoas entrevistadas serão revelados, mas a opção por manter o anonimato se mantém, levando a uma alteração dos nomes reais por nomes fictícios (válido para nomes dos entrevistados, dos parceiros, dos bebês e das Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica).

Das Mulheres entrevistadas, a idade no momento do parto variou entre os 27 e os 39 anos. Delas, 4 tinham nacionalidade portuguesa e 1 francesa. Com exceção de uma

mulher entrevistada, todas possuíam formação superior e grau de mestre. A atividade profissional era muito variada, sendo que apenas uma mulher estava no momento desempregada. O rendimento médio mensal pessoal identificado foi de 936 euros.

Quadro 1: Dados Sociodemográficos das Mulheres Entrevistadas

Dados Sociodemográficos	M01	M02	M03	M04	M05
Idade (PDP)	29	27	39	37	31 e 36
Escolaridade	Mestrado	12º	Mestrado	Mestrado	Doutoranda
Profissão	Veterinária e doula	Ex Militar	Economista	Tradutora	Antropóloga
Rendimento Mensal	1000 (média)	0 atual Desempregada	1500	1200 (variável)	980
Situação Conjugal	Casada	União de Facto	União de Facto	União de Facto	União de Facto
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Francesa	Portuguesa

Quadro 1: Criação Própria

Dos Homens entrevistados, a idade no momento do parto variou entre 30 e 45 anos, 5 tinham nacionalidade portuguesa e 1 dupla nacionalidade, sendo também francês. Com exceção de um homem entrevistado, todos possuíam formação superior, sendo que um possui mestrado e um estava finalizando o mestrado. A atividade profissional deste grupo é variada, sendo que apenas um homem estava no momento da entrevista desempregado. O rendimento médio mensal dos homens entrevistados é de 780 euros.

Quadro 2: Dados Sociodemográficos dos Homens Entrevistados

Dados Sociodemográficos	H01	H02	H03	H04	H05
Idade (PDP)	30	35	44	39	40 e 45
Escolaridade	Mestrado	9º	Licenciatura	Mestrado	Mestrando
Profissão	Veterinário	Militar	Artista Plástico	Técnico em Eletrónica	Músico
Rendimento Mensal	1000	1000	0 atual Desempregado	1000 (variável)	900 (variável)
Situação Conjugal	Casado	União de Facto	União de Facto	União de Facto	União de Facto
Nacionalidade	Portuguesa e Francesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa

Quadro 2: Criação Própria.

Sabe-se que a dimensão do grupo entrevistado é reduzida, sendo assim, não reflete a totalidades das realidades de quem opta pelo PDP em território português. No entanto, num estudo qualitativo não é esse o objetivo, mas sim a compreensão, em profundidade, da experiência empírica dos participantes. O estudo constitui, assim, um contributo para a interpretação do fenómeno, auxiliando a construção de discussões e a produção de conhecimentos sobre o mesmo. Não se pretende assim generalizar o perfil de quem opta pelo PDP, mas contribuir para a interpretação dos achados nas entrevistas, enquadrando os entrevistados em uma realidade sociodemográfica específica.

Alguns aspetos sociodemográficos deste grupo são relevantes, pois diferem da realidade portuguesa, nomeadamente a escolaridade elevada, principalmente no grupo das mulheres, onde 4 das 5 entrevistadas possuem mestrado. A média salarial nos dois grupos também é superior ao rendimento mínimo português, se mostrando especificamente marcante, pois a média salarial feminina foi superior à média salarial masculina.

Como as entrevistas foram realizadas com homens e mulheres separadamente, mas que constituem partes de uma mesma dinâmica familiar, os dados relativos ao número de gestações, número de filhos e experiências de parto anteriores se repetem em ambos grupos, mas a percepção dos eventos difere fundamentalmente, pois para as mulheres a experiência do parto é em primeira pessoa, a gestação e o parto ocorrem em seus corpos, enquanto para os homens a experiência de transição para a paternidade também se caracteriza como um evento que ocorre em primeira pessoa, mas ao mesmo tempo que existe a percepção de que o parto tem como sujeito principal a mulher.

Quadro 3: Dados Biomédicos dos Entrevistados

Dados Biomédicos	M01 H01	M02 H02	M03 H03	M04 H04	M05 H05
Nº de gestações	3	2	1	1	3
Nº de filhos	2	1	1	1	2
Perdas Gestacionais	1	0	0	0	0
I.V.G	0	1	0	0	1
PH	1	0	1	0	0
Cesariana	1	0	1	0	0
PDP	1	1	1 (tentativa)	1	2

Quadro 3: Criação Própria.

2. PARTO DOMICILIAR PLANEADO EM PORTUGAL

A realização das entrevistas semiestruturadas aos diferentes membros da diáde do casal, com sua posterior transcrição e análise, permitiu a (re)construção do percurso pessoal dos entrevistados, auxiliando a enquadrar as experiências do PDP na biografia pessoal e na produção de sentido social. As escolhas pessoais que culminam no PDP só puderam ser compreendidas por meio das entrevistas em profundidade, onde um grande conjunto de dados e informações construíram a miríade de acontecimentos da vida

e das interações sociais que antecederam o parto e a gestação, levando à escolha de um local de parto fora do socialmente esperado.

Os dados empíricos encontrados ao longo das entrevistas, a análise dos dados, a reconstrução do sentido e produção de sentido social, em adição aos importantes achados durante a pesquisa teórica bibliográfica, permitiram a construção de um esquema ilustrativo que serve como um guia resumido dos principais motivos, fatores, características pessoais e implicações da escolha vivenciadas por quem opta por um PDP em Portugal. A construção do esquema ilustrado abaixo foi realizada através da Análise Descritiva Temática aprofundada, onde os *corpus* centrais das entrevistas em profundidade puderam ser identificados, subsequentemente possibilitando a identificação de categorias e subcategorias para a Análise de Conteúdo Temática. A criação desse esquema visa auxiliar a compreensão do fenómeno da escolha de um ambiente não convencional para o parto.

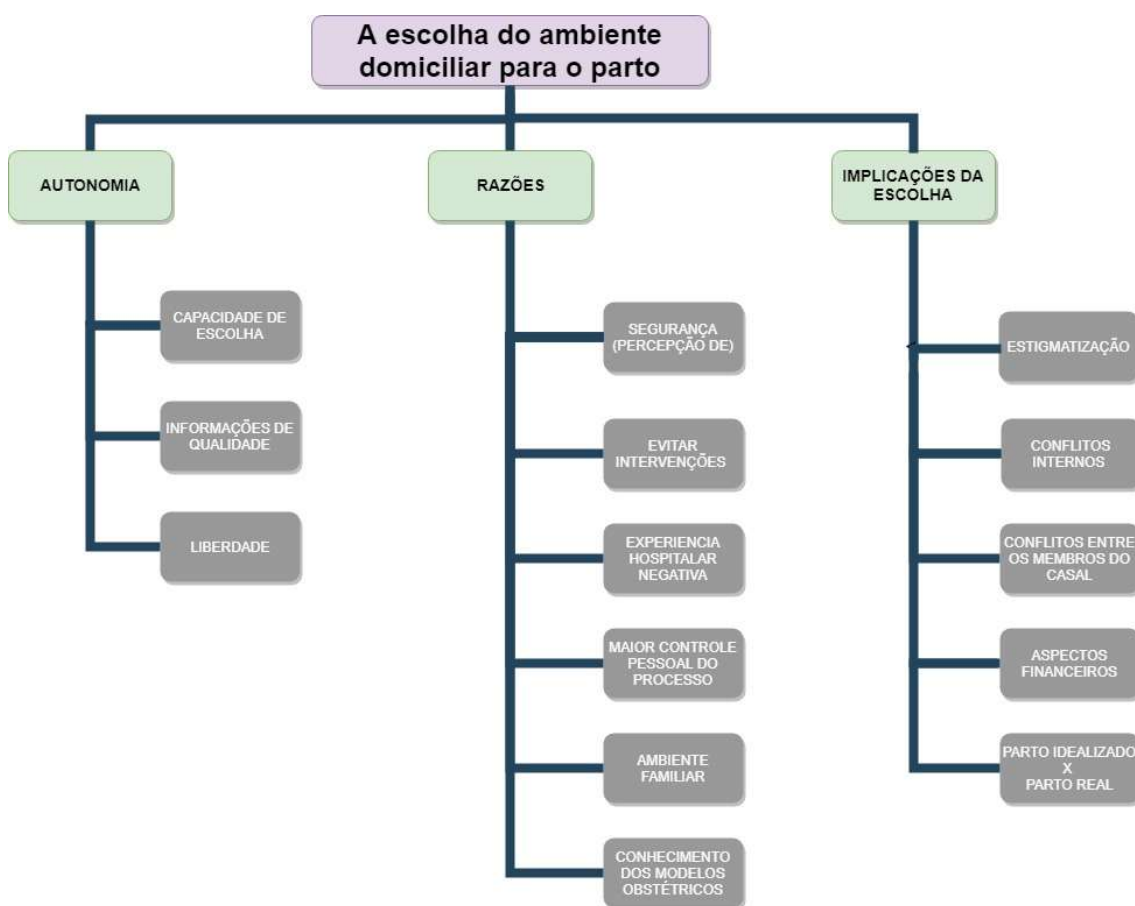


Figura 3: A escolha do PDP. Criação Própria.

2.1 A AUTONOMIA PARA A ESCOLHA DO LOCAL DE PARTO

No âmbito da autonomia para a escolha do local de parto, os dados encontrados nas entrevistas vão de encontro aos atributos centrais definidos defendidos por Halfdansson e colaboradores (2015): Informação, Capacidade e Liberdade.

Para a maioria dos entrevistados e entrevistadas, as informações sobre o PDP foram adquiridas e construídas durante o percurso da gestação, ou após uma primeira experiência de parto negativa. Os casos de perda gestacional e interrupção voluntária da gravidez (IVG) também influenciam na procura de informações sobre lugares alternativos ao ambiente hospitalar para o parto.

Um dos aspetos centrais para o acesso às informações, sobre o parto fora do ambiente hospitalar, foi ter um amigo ou conhecido que tenha vivenciado a experiência do PDP. Também foi descrito como importante o papel da doula como fornecedora de informações. Com exceção do casal M04 e H04, o acesso inicial às informações relativas ao PDP ocorreu sempre por meio da mulher que ao ouvir relatos de parto e nascimentos em ambientes variados traça um percurso de familiarização com um ambiente não convencional de parto e inclui o parceiro nessa trajetória de aquisição de informações.

"foi uma amiga da minha mulher que também teve um filho em casa e contou-lhe, e ela ficou a pensar nesse assunto e ela gostaria também de ter a menina em casa, foi através daí" H02

" (...) a Alice era doula (...), e, entretanto, fomos falando sobre isso e eu fui tomando consciência de todo esse universo que existe, não é, do parto em casa, e do parto humanizado, e fui me interessando (...)." M03

"O parto em casa sempre foi uma curiosidade para mim, era algo que eu achava curioso, tinha curiosidade em saber, mas tive sempre a ideia de que seria muito difícil fazer um parto em casa, e para já não tinha noção. Ou seja, o que é que eu pensava, se calhar parto em casa, se calhar um pouco como as outras pessoas, é uma Parteira que já fez alguns partos em casa que não tem qualquer tipo de formação ou possa ser alguma enfermeira que saiba fazer partos, por que trabalham no Hospital e fez partos, pronto. Não sabia que havia alguma formação nessa área, não fazia ideia, pronto. Sempre tive uma admiração por, pelos nossos antepassados ou pelos meus pais que tiveram os bebés em casa, e como é que eu tomei conhecimento disto, eu tomei conhecimento disso porque tive, tenho, uma grande amiga minha que teve grávida, ela na altura nunca me disse que ia ter o parto em casa e, e, quando ela pariu ela contou-me qual é que foi a experiência

dela, e eu digo-lhe: Mas foi em qual hospital? E lembro-me que quando eu perguntei isso ela disse: Eu não fui ao hospital, eu pari em casa!" M02

A capacidade de escolha se reflete por meio de percurso reflexivo onde variáveis como risco/segurança, ambiente, equipe, tipo de assistência, recursos financeiros e outros, são ponderados em um processo, muitas vezes longo, durante a gestação. Durante esse percurso reflexivo, os diversos fatores associados ao PDP x PH são avaliados pelo casal. A escolha do ambiente não hospitalar para o parto parece ser influenciada pelo ato de conhecer as equipes que realizam o PDP e a sensação de segurança, acolhimento e respeito que as Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (referidas como parteiras pelas pessoas entrevistadas) transmitem ao casal. Aqui percebe-se uma grande reflexão sobre os modelos obstétricos vigentes, e mais uma vez os relatos de parto em ambientes diversos, por pessoas conhecidas, tem influência.

" (...) todos os outros partos, relatos de parto, que ouvi, que foram imensos, péssimos, no hospital e mesmo os que não eram péssimos, das mulheres estarem muito traumatizadas, e dizerem foi horrível, falava sempre das intervenções, sempre, sempre, sempre, sempre, e eu questionava-me - mas será que as mulheres são, são tão defeituosas que não conseguem parir, tipo porque é que isto acontece? - Depois pensei, não, mas a geração da minha mãe nasceu em casa e estão aqui todas, as minhas avós sabiam parir, porque é que nós não sabemos parir? Portanto dali fazia essa comparação " M05

"ou seja nós cada vez mais fomos alicerçando a nossa ideia que queríamos ter um parto domiciliário, e isso ficou bem, foi ficando bem claro, foi um processo de, foi tudo um processo, desde o nosso próprio processo de paternidade que vai crescendo dentro de nós também passa pela pesquisa não é, de nós sabermos desmistificar este medo do Parto domiciliário, de como vai nascer, não é. Portanto foi o, foi muito... foi uma coisa muito natural, nós fizemos bem analogias no sistema nacional de saúde, o sistema Hospitalar do parto natural " H05

"todo o acompanhamento com equipa de parto foi incrível, como já referi, sentimos segurança, senti-me com alguém que estava a sentir o mesmo que eu, que isto era especial, como era para elas, como era para mim, partilhavam connosco algo, e isso para mim foi incrível, saber que alguém que dá tanto valor como eu, precisava tanto eu como pai, isso para nós foi muito bom. Nunca senti dúvidas do que elas diziam do que elas recomendavam, do que falávamos, nunca tive dúvidas, nunca me senti em momento algum que isto não é certo" M02

A liberdade de escolha do local de parto é um reflexo dos processos acima citados – acesso às informações de qualidade sobre os modelos obstétricos, e possíveis locais de parto e capacidade reflexiva de análise e de escolha. A liberdade de escolha do local de parto traduz uma grande compreensão, da mulher e do homem, de que o locus do parto é o corpo da mulher, portanto, esta possui voz principal na escolha de como e onde gostaria que o parto decorresse. O não julgamento do parceiro e uma construção conjunta sobre o parto desejado são fatores importantes na liberdade de escolha de um ambiente não convencional para o parto.

"foi muito simples, não é, a Maria chegou-se ao pé de mim e disse: quero ter o bebê em casa, e eu disse logo: então pronto, nós também somos um casal muito aberto a experiências boas, e disse logo: pronto, se é isso que tu queres e se tens a certeza disso. Combinamos uma entrevista com as parteiras e vimos até onde podíamos ir" H02

"Depois falei com o Pedro, e o Pedro - Ok tudo bem - Ele achou, se calhar, um pouco estranho na altura em que lhe falei que queria ter em casa, porque acho que ele não tinha noção também, como eu, como é que se fazia sequer" M02

"Ele, ele, aceitou muito bem! Claro que a decisão foi minha, e ele sempre disse – Tu é que decides! (...) eu senti-me sempre muito apoiada, eu lembro dele dizer uma outra vez, sim – Pá, mas não é perigoso? – assim, fazer algumas perguntas que até tenho a certeza que tiveram a ver com ele comunicar aos pais, por exemplo, que estávamos a pensar isto e eles dizerem as dúvidas deles, e ele dizer então mas e nannaa... e eu respondia, e ele dizia-me sempre OK, e quando eu ficava mais – O pá, mas não me digas que eu tenho agora de levar esta ideia para a frente sozinha!? - e ele dizia-me sempre - Olha eu confio em ti, e tu é que tens de decidir, o que tu decidires eu estou lá" M05

No único relato onde houve resistência e julgamento masculino sobre a segurança do local de parto escolhido pela parceira, questionamentos foram realizados e um distanciamento de todo o processo de escolhas e preparação para o PDP foi observado. Nesse relato o PDP foi transferido para o ambiente hospitalar, o que levanta questionamentos sobre a influência das opiniões do parceiro no sentimento de autonomia para a escolha do local de parto e a sensação de segurança percebida por sua parceira.

"Não, não, não é, não foi, não era, não, não senti que fosse uma boa opção, ou seja não, não senti confortável com a possibilidade de termos de fazer um parto em casa, assistido em casa. Não, não, não me senti nada confortável. Nunca teria partido de mim essa, essa

opção, ou sugerir, nunca. E, e, quando a Ana trouxe essa vontade eu aceitei, claro, por algumas questões, mostrei que preferia que fosse no hospital, mas nunca insisti com ela ou tentei demovê-la da sua vontade. " H03

"eu acho que para o Ricardo teria sido muito mais fácil ter feito no hospital, pronto, eu senti que, pronto, que é uma questão, o parto realmente é muito da mulher, embora também tenha o processo do homem, e tem o processo do casal não é, portanto mexe com muita coisa, pronto, mas é sobretudo a mulher que tem que decidir e que tem que sentir o que é que quer, sim, pronto, sim, foi por isso que eu decidi que ia ser assim, pronto (...) Ele disse que eu é que sabia, que eu é que tinha que decidir, alertou-me para as dificuldades, para os medos que ele também sentia, não é, para os meus, para tudo, conversarmos e pronto" M03

2.2 AS PRINCIPAIS RAZÕES DA ESCOLHA DO PDP

As razões descritas na Figura 3, foram observadas ao longo dos discursos dos homens e mulheres entrevistados que optaram pelo PDP, com exceção de um homem que desejava o ambiente convencional para o nascimento de sua filha, mas respeitou a autonomia de escolha do local de parto de sua parceira. As razões apontadas como principais motivadoras da escolha pelo PDP se fundem umas nas outras, não havendo grandes discrepâncias entre o discurso de homens e mulheres, mas deve-se considerar aqui que, aparentemente, na maioria dos casos entrevistados, o desejo primordial e acesso primário às informações é feito pelas mulheres, que vão compartilhando com seus parceiros as informações e desejos e esses se integram nas escolhas ativamente, muitas vezes mudando de opinião sobre o ambiente hospitalar e o ambiente domiciliar para o parto.

(i) SEGURANÇA (PERCEPÇÃO DE)

Com relação a percepção de riscos alguns pontos são importantes: após o percurso reflexivo de construção e desconstrução de conceitos, baseados na premissa da autonomia de escolha do local de parto e o fundamental acesso às informações de qualidade sobre o ambiente domiciliar para o parto, este é visto como o mais seguro emocional e fisicamente, sendo o local onde os entrevistados percebem mais respeito e autonomia e menores riscos de intervenções no processo fisiológico do parto; todos

reconhecem que em casos de emergências e riscos elevados o ambiente hospitalar é o ideal, sendo que questões relativa às possíveis complicações foram sempre discutidas com as Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. O ambiente hospitalar é percebido como um local de atendimento de questões divergentes da fisiologia do parto, onde ocorrem intervenções que podem resultar em problemas iatrogénicos, perda de autonomia das escolhas sobre os processos que serão realizados no próprio corpo, sendo assim são considerados como locais para situações emergenciais, mas nem por isso mais seguros.

"Sim, eu falei alguma coisa, uma vez ou outra com a M02, se durante o parto ocorresse alguma coisa mal, íamos para o hospital, porque se corresse algo mal para a menina depois também não iríamos protelar a nós próprios não é, portanto estivemos sempre cientes dos riscos. Ah, corre tudo bem, mas pode correr mal..., mas no hospital também pode correr" H02

"(...) muitas das doenças que nós temos começam por ser fabricadas, sugestionadas por nossa mente não é, se eu estou num ambiente totalmente, um ambiente que me é desconfortável em tudo, e esse ambiente, que é o hospital, é meio caminho andado para que o parto corra mal, todos esses receios que eles pintam não é. Nós, a parte em que, parte para a, a, ideia do parto como algo que pode correr mal não é (...) fiz as contas vou pela berma em quatro piscas e chego em 6 minutos, e não, caso tivesse, pelo que eu também já tive a perceber, se estivesse num hospital, se a M05 estivesse num parto hospitalar e corresse mal, era exatamente o mesmo tempo que eles demoram para transferir a M05 para uma sala de parto, é igual, portanto, depois de analisar isto, a cabeça acaba sempre a desconfiar né, e se algo corre mal, como é que ficamos, como é que, tá sempre essa desconfiança (...) A partir do momento que nós temos consciência disto não é, temos muito mais a vontade, agora é claro que eu sempre fico assim, assim, algo que invade o subconsciente e o deixa desconfortável, o saber de que certa forma algo pode correr mal, mas isso pode ser tudo correr mal, pode sempre correr mal em tudo na vida não é?" H05

"fico sempre com medo que eles precisem de assistência, não eu, mas eles (o bebê) precisem de assistência, e cá em casa nós equivocadamente, por muito que tenhamos o material nós sabemos que não é igual a intra-hospitalar, não é, e a quantidade de pessoas e etc." M01

(ii) EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES ANTERIORES

As experiências hospitalares anteriores não correlacionadas ao parto, marcaram levemente a percepção do ambiente hospitalar de formas que variaram de positiva a negativa, não parecendo ser um fator relevante para a escolha do PDP. Já as experiências hospitalares anteriores relacionadas ao parto, perda gestacional e IVG, possuem forte impacto na percepção do atendimento fornecido pelas equipes de saúde e o ambiente hospitalar, bem como nas intervenções e nos procedimentos realizados no mesmo. Para M01 e H01 que tiveram o primeiro parto planejado em ambiente hospitalar, essa experiência foi muito significativa e marcante, influenciando fortemente a escolha do segundo parto em ambiente domiciliar.

“Eu queria mexer-me e diziam-me que não podia, porque o CTG não era wireless e que eu tinha que estar ali, e cada vez que eu me virava aqui pipipi, aquilo estava sempre a apitar, eu não podia virar para um lado, eu não podia virar para o outro, eu não podia estar confortável, basicamente. (...) Foi, foi, eu tive 18 horas em trabalho de parto, e depois fomos para a cesariana, porque eu tava com... eu tava em pânico, eu tava em pânico no hospital, pronto (...) Portanto, vais para a cesariana, eu comecei a chorar e disse que não queria, que não queria, que eu esperava mais tempo, mediram-me a temperatura, eu estava perto dos 39, e disseram no CTG que haviam desacelerações e que ela estava em sofrimento e então o que eu tinha que ir! O cirurgião veio falar comigo a dizer que tinha mesmo, porque eu não sei tal, então acabei por obviamente ceder, fui, e alguns meses depois, já eu estava grávida dele, consegui o relatório clínico e era mentira. Não havia desacelerações no CTG, portanto, o último CTG que me fizeram, no relatório está escrito- CTG tranquilizador (...) é assim, eu não sei, eu acho que foi também porque eu não exigi, porque se calhar se eu tivesse exigido as coisas teriam sido diferentes, porque eles, as pessoas foram sempre simpáticas, e nunca me trataram mal, mas acho que também foi ingenuidade da minha parte e deixei-me ir (...) Foi um bocado induzido! Principalmente quando se está ali, é a primeira vez, não se sabe o que é que vai acontecer, o que que não vai... o meu marido também estava em pânico, sentia-se impotente, porque não sabia como é que havia de ajudar” M01

Pergunta- E ele (o marido), não pode entrar dentro da sala?

Resposta - Não, por muitos pedidos, não, não pode, e isso foi o que fez-me ir a chorar ainda mais lá para dentro, porque eu já me tinha acalmado, e depois quando eu realmente percebi que ele não podia ir foi pior. Depois ele disse que eu disse isso, só que não me lembrava. E no dia a seguir eu disse-lhe: Olha, eu não sei o que é que se passou, mas será que me adormeceram? E ele disse: Eu acho que tu me disseste isso quando

saísses da sala. Eu disse: Disse? Eu não me lembro de nada. E depois o tempo que tive sozinha lá a refletir no internamento realmente lembrei-me que me faltava aquele espaço visual, mas em termos de audição acho que não me falta nada (...) e isso acho, isso é o que me deixa mais triste, é essa parte porque a parte da cesariana e depois eu acabei, por muitos anos depois, acabei por digerir, mas essa parte deixa-me triste. O que me custa, o que ajudou um bocadinho foi o facto de ter uma pessoa conhecida na sala, uma auxiliar, e ela tirou-me uma fotografia no momento em que ela saiu da minha barriga, é proibido, mas ela depois deu-me a fotografia, e eu tenho a fotografia dela a sair da minha barriga, e então isso faz com que preencha esse espaço que eu não vi.” M01

Duas das mulheres entrevistadas, e um dos homens, relatam um medo que beira a fobia das intervenções hospitalares, das quais agulhas e sangue foram relatados como gatilhos. Para essas pessoas o ambiente hospitalar é visto como gerador de pânico e estresse.

"a cesariana anterior, eu não me sentir bem em meio hospitalar, sem dúvida nenhuma, pois eu sei que fico em pânico quando lá estou, ahhh, principalmente agora depois da cesária, e a perda gestacional em casa, sozinha com ele (marido) E o querer a todo o custo ter um parto natural, e esse obviamente que é o primeiro motivo para mim, na primeira eu também queria né" M01

"eu sempre disse que não gostava de hospitais, não gosto muito do ambiente hospitalar, e sim, tive em adolescente, por aí, tive uma semana internada por causa de uma, uma, partida e foi, detesto tomar soros e tirar sangue, sou mesmo fóbica, então isso sim, influencia sim" M04

(iii) MAIOR CONTROLE DO PROCESSO

A valorização do controle pessoal do processo de parto no ambiente domiciliar se funde com o conceito de autonomia descrito por Halfdansson e colegas (2015), e essa valorização do controle do processo do parto e a autonomia para a escolha do local de parto, bem como sobre quais as intervenções serão realizadas, parecem ter mais importância e intensidade para as mulheres que optam pelo PDP do que para seus parceiros, já que existe a compressão de que o locus do parto é o corpo da mulher. O ambiente domiciliar é descrito como lugar ideal para maior capacidade de controle sobre o processo do parto e das interferências, com maior possibilidade de seguir o processo

fisiológico natural e é realizada uma comparação na perda de escolhas existente no ambiente hospitalar.

"Quando vejo o número de paciente para uma grávida é uma coisa que me choca, não é uma doença não é, a gravidez" M04

Para os homens, a sensação de maior controle do processo do parto reflete-se em poder estar ativamente engajado no processo do parto e no cuidar dos entornos para criar conforto para a mulher em trabalho de parto. Isso valoriza o seu fundamental ter seu papel de pai e parceiro, e possibilita a vivência do processo do nascimento de um filho de um modo engajado e respeitado.

"(...) e as parteiras (...) são 5 estrelas, sempre a acompanhar minha mulher, e também nunca me deixou sem saber, deixe eu sublinhar essa parte: nunca deixou de acompanhar a mim, não é! Também sou um ser humano, também tava em sofrimento, e ela conseguia, mais a, a, outra parteira que agora não me lembro o nome, que veio substituir a Ana, nunca, nunca, me deixou pra trás, nunca me deixou me sentir sozinho, isso é muito importante " H02

(iv) AMBIENTE FAMILIAR

O ambiente familiar domiciliar é também apontado como uma das razões que motivam e influenciam na escolha do local de parto. A possibilidade de o homem ter uma participação mais ativa no cenário, e quando existem filhos mais velhos, também subsiste o desejo de que esses possam estar presentes na chegada de um novo membro da família, e tal presença seria impossível em ambiente hospitalar.

Pergunta *"E, se você pudesse dizer quais foram as principais razões e motivos que levaram vocês a escolherem o parto domiciliar, quais você acredita que foram esses principais motivos?"*

Resposta *"Pra mim foi o conforto, a privacidade e (incompreensível) pra correr mais fácil para a Marta minimizou a dor, não sei dali para o hospital, de estar ali na sala de partos, eu conheço, acho que ela, acho que não se ia dar muito bem com isso, não sei, na minha opinião acho que ela fica melhor e mais confortável. Foi, ficamos os dois sempre durante o trabalho de parto e foi muito bonito, e depois do parto eu podia ser eu a preparar a comida para ela, e a comida de casa e não do hospital, alimentos de*

agricultura biológica e tudo bom (risos), estamos ali no conforto da nossa casa, acho que foi isso, acho que foi. E principalmente ela ter o controle absoluto de tudo o que está a passar" H04

Deve-se ressaltar a importância dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e da doula para a construção da percepção de maior autonomia pessoal no processo de parto, sensação de segurança, atendimento unipessoal que transmite uma sensação de ambiente familiar; sendo o apoio desses profissionais essencial para a percepção da satisfação com o PDP. Esses relatos ressaltam a importância da relação com a equipe, de encontro com os dados encontrados por D'Orsi e colaboradores (2014) que mostram que a satisfação com relação a experiência vivenciada durante o nascimento do bebê é correlacionada com a qualidade da relação dos profissionais de saúde e as parturientes e a possibilidade de autonomia da mesma, onde o apoio prestado pelos cuidadores tem um fundamental para uma experiência global positiva.

"(...) (em casa) não ficamos obrigados a mercê ou a sorte de uma equipa, que, que para mim quem escolhe um parto hospitalar fica a merce da equipa que vai, que vai receber no hospital, pode ter sorte numa equipa, pode ter azar, pode ser uma maravilha. Mas eu hoje em dia, tendo com a melhor equipa possível, eu nunca ira querer ter um parto no hospital, porque já sei o que sei não é. É tudo uma questão de conhecimentos, uma questão de nos informarmos, não é, sobre os benefícios de um parto em casa vs. um parto no hospital; mas as razões, portanto, ser além de que o parto em casa é um parto que traduz muito mais uma gravidez saudável, uma, uma expulsão saudável, eu digo, e benéfica pra mulher, não é. E a partir do momento em que a mulher consegue dilatar de uma forma mais natural, o parto em casa, por todas as razões que já enunciamos, nos aproxima muito mais, nos faz aproximar muito mais da família, estamos aí todos perto, não é. Razões, mais razões, eu tenho a possibilidade de escolher quem é que vai fazer parto não é, e isso é importante, e quem é que eu quero ter presente juntamente com a minha equipe de parto, digo, quem é quem é que vai estar presente. Eu estou a falar como se eu que tivesse a ter a criança não é, mas sim, nós temos a oportunidade de escolher quem é que pode estar connosco, não é, e isso poderá fazer alguma diferença (...) Além das pessoas que podemos escolher que vão estar a nos acompanhar no parto, o próprio hospital, como eu já disse, é um, um, local com mais esterilizações o possível e com tais trocas de bebês que se possam existir, bom , eu acho que as razões também vão a querer fazer um parto em casa, são tão, são tão, obvias que às vezes nem consigo dizer não é, eu não consigo nem pensar de outra forma, porque eu quando penso em parto natural eu

imagino, idealizo o parto natural quais são as razões que me leva a isso, eu quero ter um filho em casa, ponto final não existe outra possibilidade" H05

Quando essa relação de confiança nas Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica não acontece, nitidamente se perde a segurança no processo do parto domiciliar e sentimentos de vulnerabilidade surgem. As interações negativas entre a equipe de saúde e o acompanhante podem ser muito prejudiciais, o sentimento de não pertencer ao local gera obstáculos, para que os parceiros consigam se empenhar de um modo positivo; quando o parceiro sente que é posto a parte, ou ignorado, gera um sentimento de desconexão que leva a frustração e estresse (Johansson et al., 2014) o que pode ser verificado no discurso do homem e da mulher que tiverem o PDP transferido para o ambiente hospitalar. Também se verificou, por parte do homem, um preconceito pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica escolhido ser um homem.

"Cá em casa a única pessoa que apareceu foi o parteiro, lembro perfeitamente que eu não gostei nada da cara dele, não gostei do discurso dele, e a minha intuição... é para, eu acredito, eu posso dizer que era intuição, e que era pra não avançar com o parto, e não, eu não gostei dele (...) Também porque não gostei dele (do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica) não é. E então, é claro que eu também pus em causa a minha intuição, porque primeiro havia a questão de ele ser homem, e isso desconfortava-me decerto. Desconfortou-me na altura ser um homem a ser o parteiro da Ana, ou seja, se no hospital fosse um homem, era um homem, não havia qualquer questão a seguir. É, não sei, não sei se consigo... isso é num nível psicológico" H03

(v) CONHECIMENTO DOS MODELOS OBSTÉTRICOS E (vi) EVITAR INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS

As mulheres que optaram pelo PDP demonstram um nível de conhecimento grande em relação aos modelos obstétricos e aos procedimentos biomédicos que permeiam a gestação e o parto, sendo que todas associam o ambiente hospitalar a um maior número de intervenções, privação de escolhas, ausência de respeito pelo tempo fisiológico do parto, e estar à mercê das equipas de plantão sem conhecer os prestadores de serviço previamente.

"... foi o facto de não acreditar na instituição hospitalar, completamente, era para mim, era assustadora, saber que eu ia acabar em cesariana ou em indução, que não nos iam respeitar, que, não é milhares, mas dezenas de pessoas iam tocar-me, que pessoas com pouca paciência estressadas que iam estar ao meu redor, que o nosso tempo não é respeitado no hospital, sendo acompanhada por outros profissionais de saúde, e pronto, acho que já tenho mais que motivos para me levar a escolher! (...) Sem dúvida o que me levou foi curiosidade, foi o não acreditar na, na instituição hospitalar ou nos profissionais de saúde, pronto, não me quero repetir muito mais e, e pronto, sentir segurança, podia sentir segurança. Eu gosto de encontrar as pessoas que eu me sinto segura e confiante, e eu sentia muito essa necessidade e até esta, até o momento que decidi (pelo PDP) ainda não tinha encontrado isso" M02

O percurso trilhado durante a gestação de construção do ideário do casal grávido sobre o local ideal para o parto tem iniciativa na autonomia de escolha do local de parto da mulher, e ela, após um processo de profunda reflexão, compartilha informações e desejos com o parceiro homem, levando assim a um processo de reflexão e desconstrução de conceitos relacionados ao ambiente hospitalar *versus* domiciliar. Os homens realizam um percurso reflexivo sobre os procedimentos e o ambiente hospitalar para o parto, revisitando muitas vezes medos correlacionados à saúde e bem-estar da mulher e do bebê, e assim constroem um ideário em conjunto com suas parceiras, de valorização do processo fisiológico e emocional que é experienciado durante um PDP. As exceções a esse processo foram relatadas por H04, que desejava um parto domiciliar antes de sua parceira engravidar e teve a iniciativa de construção do percurso que levou à escolha do PDP. A outra exceção foi H03, que apesar de ter aceitado a escolha da parceira, não se envolveu com o percurso de desconstrução e reflexão sobre os conceitos relativos à segurança da vigilância do ambiente hospitalar para o parto.

"nós achamos aquilo muito absurdo, sem jeito nenhum, e depois relembro de uma coisa que as instalações «do hospital» eram muito, muito, assim, muito medonhas não é, porque além da luz, aquilo não era nada confortável, e depois ela vinha com coisas do género - Pois agora tá muito na moda fazer o parto de cócoras, mas como é que querem que eu vos faça o parto em cima da cama, como é que querem?- Ou seja, isto era tão longe da realidade, não é, não é ela quem faz o parto, quem faz o parto é a mulher, não é?" H05

"Bom, é, dentre os dois acho que eu já sabia mais como é que seria o parto. Se fosse eu a escolher, pronto, digamos assim, seria, seria, o parto domiciliar. A Maria também

nunca gostou de médicos, da medicalização da gravidez. E então, mas eu acho que ela não estava tão certa quanto eu. Acho que é normal, as coisas evoluem, e então falamos.
" H04

"Penso que o António, o pai do bebê, pra mim foi ele que puxou mais para o parto domiciliar, mas ele mais por uma questão política, por uma questão de não, anti institucional, vai, vamos por assim, não queria saber nada com o hospital, também fazia mesmo questão de estar no parto, e depois do parto para ele era muito importante estar nas primeiras horas, e aqui em Portugal é quase impossível, tirando um hospital" M04

"No hospital. Muito bem dadas, a Maria também depois tinha a parte, a parte, toda com a doula dela e, portanto, seguimos duas vias, não é, aquela institucional e a Maria aquela outra paralela. A institucional a mim agradava-me imenso, porque eu acho que eles eram muito abertos, mostraram muitas coisas diferentes do que aquilo que a geração anterior, via-se imensas novidades, contradições para melhor em relação ao que era antes, e que as condições, as box e tudo, eram boas; o acompanhamento parecia-me bom, portanto eu achei que aquele lugar ideal, mesmo " H03

2.3 AS IMPLICAÇÕES DA ESCOLHA DO PDP

Escolher um ambiente não usual para o parto tem implicações em diversas esferas da vida pessoal e familiar. Desde o início do percurso essa escolha está envolvida em uma série de mudanças de comportamentos, desconstruções e reconstruções de paradigmas pessoais e sociais, que envolvem as percepções de segurança e riscos, construções sociais sobre o parto e a autonomia individual durante o mesmo, sendo que o género parece ter influência em todo o processo. Mas apesar da escolha usualmente ter o ponto de partida na vontade e autonomia da mulher, a mesma pode ser considerada como uma construção conjunta do casal.

(i) CONFLITOS INTERNOS

As diferenças específicas da percepção do PDP aparentemente ligadas ao género se devem principalmente a compreensão de que o locus do parto é o corpo feminino, existindo assim grande compreensão do papel protagonista das mulheres nesse evento e grande respeito por suas escolhas. O protagonismo feminino durante a gestação e o parto pode gerar alguns conflitos conjugais e pessoais, especialmente quando existe

uma grande diferença de percepção de riscos entre os membros do casal. No casal entrevistado, em que o PDP terminou em uma transferência para parto hospitalar, isso ficou nítido - o homem respeita as escolhas da mulher, pois compreende que o locus da gestação e do parto é o corpo feminino, mas se mantém distanciado das escolhas pois não concorda com as mesmas e esse não envolvimento masculino gera um sentimento de insegurança nas escolhas e isso se reflete durante o parto.

Nos demais casais o protagonismo de escolha feminino também foi sempre respeitado, e a construção em conjunto de conhecimentos e desconstruções de conceitos prévios leva a um sentimento mútuo de confiança no PDP, ressaltando a importância da integração entre o homem e a mulher no processo de escolha do local de parto.

(ii) CONFLITOS ENTRE OS MEMBROS DO CASAL

Apesar de a maioria dos casais entrevistados não terem relatados impactos positivos ou negativos no relacionamento, advindos da escolha do ambiente domiciliar para o parto, um interessante relato foi feito por M01:

“(...) depois do parto, eu não notei isso logo, mas uns meses depois, eu notei que teve um impacto mais para o lado negativo, porque eu senti-me tão empoderada com a experiência que sentia que ele, a partir daí, devia de me tratar de uma forma, não era consciente que eu achasse isso, mas depois eu comecei a analisar racionalmente e eu acho que o que eu queria era que a partir daí ele me desse mais atenção e fosse mais carinhoso comigo, porque ele não é muito de afetos, ele é uma pessoa super querida mas não demonstra(...) e eu a partir daí achei que, eu senti-me tão bem com a experiência que tive, que achei que ele deveria me paparicar mais, e achei que a partir daí eu devia ter sido mais mimada, e houve alturas mesmo que eu me revoltei e pensei – fogo! – E houve uma vez que discutimos mesmo foi mesmo - Fogo! Tu sabes que eu consegui parir! E não me ligas nenhuma! Não me dás mais valor por isso! - Então aí é que eu percebi, afinal, que isto estava a se tornar consciente, e essa minha vontade de ter mais carinho e mais atenção, vinha daí.” M01

(iii) ASPECTOS FINANCEIROS

O alto valor do parto em ambiente domiciliar e a não coparticipação do estado, no mesmo, foi citado por todos os entrevistados como um fator importante que

gera incertezas na escolha do PDP. O alto valor tem um impacto significativo na vida familiar e gera conflitos durante a tomada de decisão, levando a um longo tempo de revisão das escolhas até à certeza de que o valor investido é realmente algo que vale a pena ser pago.

(iv) ESTIGMATIZAÇÃO

O receio pela estigmatização social advinda da escolha de um ambiente não convencional para o parto fez com que todos os entrevistados tenham evitado compartilhar essa escolha com amigos e em alguns casos com familiares. As Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica reforçam esse receio recomendando ao casal que não falem aos conhecidos sobre a escolha pelo PDP para assim evitar comentários de carácter invasivo, julgando negativamente o casal que opta pelo PDP.

"nós achamos que não devíamos dizer a muita gente porque não queríamos interferências, portanto só dissemos às pessoas próximas, do núcleo familiar próximo (...) o meu pai riu-se e disse: Ah, eu já estava à espera! E a minha mãe disse, aí como é que foi... disse: Eu não acredito! Mas tu é que sabes! E eu tentei explicar-lhe as coisas e depois percebi que não ia ser naquele dia porque ela não estava aberta a isso, porque se ela não... é assim não ficou tão chateada como eu estava à espera, mas queria distanciar-se um bocado para não pensar muito nisso." M01

"Elas sugeriram, e muito bem, (as Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica) que era contar ao mínimo de pessoas. Ela disse: Só se for mesmo alguém que vocês saibam que não vos vai julgar, não vos vai por isso em causa, a vossa decisão, aí podem contar, fora isso não andem a contar a toda a gente porque vai ser muito ingrato. E a gente, eu e o Pedro tomámos uma decisão, não vamos contar mesmo a ninguém, seja o melhor amigo que de certeza não nos vai julgar, ou seja, aos nossos pais, aos nossos pais não faria sentido mesmo contar, por que iríamos fazer, iriam nos fazer tentar mudar de ideias." M02

"É assim, optamos por contar aos mais próximos, quem é que nos vai ser um bom guardião, eram só as pessoas mais próximas de nós não é, foram os nossos pais, foram os sogros, foram os amigos mais chegados, é que nos estavam, quer dizer, não nos estavam a apoiar naquilo que queríamos fazer, estavam a nos desapoiar, não é, e então a gente optou por não contar a mais ninguém. (...) vocês são doidos, já viu o que fizeram, e se correr alguma coisa mal. E eu dizia não, não, vai correr mal, por que se está tudo bem, a gravidez está tudo bem, estávamos a ser acompanhados por duas parteiras super

profissionais, qualquer coisa também se vai para um hospital não é, em último recurso. Mas as pessoas não entendem, só a quem quer é que se consegue explicar a magia que há dentro disto tudo, fora isso não consegue se explicar as pessoas o que se passa, e o que se passou, e isso faz parte.” H02

(v) PARTO IDEALIZADO X PARTO REAL

O parto idealizado nunca é exatamente o parto real, mesmo quando ele acontece de modo usual, sem intercorrências; nos relatos fornecidos durante as entrevistas isso aparece bem patente, especialmente para as mulheres, onde as sensações reais de dor são muitas vezes acima do que era esperado. Questões que envolvem intercorrências parecem um ter impacto ainda maior, gerando mais conflitos internos. M01 teve uma grande laceração perineal e isso teve um impacto negativo sobre a percepção global de sua experiência de PDP; no discurso de M04, que teve seu PDP transferido para o ambiente hospitalar, o impacto entre o parto idealizado e a realidade ficou ainda mais nítido, bem como um desejo interno de ter uma figura médica em um papel mais ativamente protagonista no parto.

"tanto é que depois eu tive conversas com a minha doula, uns dias depois e ainda uns meses depois eu continuava a lhe dizer que foi tudo espetacular para vocês, foi em casa, correu tudo bem, e depois com ele não houve problema nenhum, a amamentação, tudo, foi tudo, não houve ondas nenhuma, mas para mim foi traumático a parte do expulsivo."
M01

"Para ter uma noção, a gente na internet consegue ver muita coisa, muitas experiências de partos em casa e tudo mais, mas eu acho que é sempre diferente do que passa, não sei, por exemplo dos vídeos que eu via a parir em casa eu acho que é bonito, é verdade, mas eu passei pela experiência e também digo, também para mim foi lindo e bonito, e se eu tivesse filmado acho que também ia passar a mesma coisa, mas eu lembro-me quando estava em trabalho de parto, que eu assim: Ah isto é horrível!! Não tem nada a ver!! Enganaram-me! (...) eu acho que por mais que a pessoa diga que dói, a gente não tem a mínima noção do que dói até passar por ela, tanto que ela disse-me que teve 21 horas em trabalho de parto, e tudo mais, e eu até podia ir confiante, que eu vou demorar o mesmo vou demorar mais ou menos o mesmo, nunca pensei que ia demorar mais, mas pronto."
M02

"(sobre a transferência) foi sentido, mas pronto, e depois realmente o sair e ir de carro tudo isso, mas por outro lado também é a expectativa de que coisas se resolvam não é, é

chegar lá, e tipo, olha vou me entregar nas mãos de alguém que me vai resolver isso que é o tal do outro lado não é (...) De não estar mais eu totalmente dependente de mim, não é, mas isso tem a ver com as minhas questões. (...) Sim, de quem é o responsável, não é, se sou eu se são os outros (...) É assim: há um lado em mim que ficou descansado por saber que estava no hospital e que havia médicos e que, pá, que alguém ia cuidar de mim se fosse preciso, embora eu também tivesse o enfermeiro cá a casa e também confiei nele tudo isso, mas pronto, é diferente de uma maternidade, então relaxei um pouco, mas quando eu percebi que eles iam fazer exatamente a mesma coisa do que eu estava a fazer em casa, eu pensei – UAU, isso vai mesmo demorar muito tempo! Afinal não era, não havia nenhuma questão, era mesmo, é mesmo o tempo, é. " M04

Para os homens, aparentemente, questões de cansaço e ver a parceira com dor por tantas horas foram pontos centrais de diferença entre o parto idealizado e o parto real.

“Foram 18 horas, foi muito tempo, eu lembro-me que eu é que estava a apoiar a Marta quando ela, íamos andar, ela se ia e eu apoiava a Marta, e ela tinha, ou seja eu tava a servir daquele lençol que as vezes ta ali pendurado nas ombreiras das portas não é, porque eu tava a servir dessa postura, então eu (incompreensível) e então quando, depois do Nuno ter nascido, perguntaram-me ao telefone: então como é que estás, como é tu estás, está tudo bem? E eu assim, está tudo bem, doí-me só um bocadinho as costas (risos), ou seja, uma visão muito egocêntrica, ou seja, eu, claro que estava tudo bem, a Marta tava bem e o bebé também, e é por aí que eu devia ter conversado não é. Mas, ou seja, foi um processo moroso, mas foi tão, tão, tinha de ser assim, porque o Nuno quando nasceu ele não rasgou nem um centímetro da Marta, aquilo foi uma deleitação de uma maneira tão bem feita que, que, pronto, nunca seria possível num hospital.” H05

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO FINAL

A realização desse trabalho permitiu que os objetivos propostos inicialmente fossem alcançados, tornando possível a identificação de temas centrais no fenómeno social da escolha do PDP em Portugal. O percurso trilhado pelas pessoas que optam por um PDP em Portugal ilustra, desde o início da escolha, um processo reflexivo caracterizado por uma postura não passiva, centrada nas escolhas da mulher, que obtém a autonomia para a escolha do local de parto por meio de aquisição de informações sobre os possíveis locais de parto e os modelos de atendimento obstétrico.

A construção de uma percepção do ambiente domiciliar como o mais indicado para o nascimento dos filhos, em conjunto com o parceiro, é um processo reflexivo importante e que é trilhado ao longo da gestação, sendo somente possível com a compreensão de que o *locus* do parto é o corpo da mulher. A construção de relações de confiança com os profissionais que atendem o parto domiciliar também possui um papel central na escolha do ambiente domiciliar para o nascimento dos filhos, e o atendimento individualizado e que respeita a fisiologia do processo do nascimento é fundamental.

O processo reflexivo individual sobre a percepção de segurança do parto em ambiente domiciliar *versus* em ambiente hospitalar é pilar central onde se apoia a escolha realizada referente ao local escolhido para o parto. As diferentes percepções do risco - riscos médicos, riscos sociais e riscos iatrogénicos - assumem muitas vezes configurações opostas ao consenso que considera o ambiente hospitalar o mais seguro e apropriado para o parto. Notou-se ao longo da pesquisa que as pessoas entrevistadas que optaram pelo PDP parecem construir ao longo da gestação uma percepção contrária ao senso comum do locus do risco para o parto; para essas pessoas o ambiente hospitalar é percebido como um ambiente de maior risco associado ao parto de baixo risco, mas ainda assim é considerado o local de referência se o parto apresentar intercorrências.

A gestação e o parto são eventos sociais circundados por um conjunto de expectativas e construções pessoais e o risco moral de ter um parto fora do ambiente de controle hospitalar torna-se um ponto importante, a medida que o PDP é fundamentalmente um processo de desinstitucionalização, mas não um acontecimento “desmedicalizado”. As famílias que optam pelo PDP não fazem uma rejeição ao modelo biomédico de atendimento ao parto, mas sim uma reflexão sobre a ação da equipe de saúde e do ambiente hospitalar. O ambiente hospitalar é percebido como um local de perda de autonomia para realizar escolhas, pela mulher e seu parceiro, principalmente no

que se refere as escolhas sobre as intervenções realizadas. A padronização do atendimento da equipe de saúde em meio hospitalar também marca essa escolha, sendo que as pessoas entrevistadas nessa pesquisa tendem a valorizar um atendimento unipessoal e que respeite as suas escolhas, fisiologia, emoções e particularidades.

A complexidade das entrevistas realizadas, o grande volume de dados recolhidos e a riqueza de temas sociologicamente pertinentes encontrados vão além do que é possível ser retratado e analisado no corpo dessa pesquisa, assim revelando a importância de dar continuidade ao percurso de investigação sobre a temática relacionada a escolha do ambiente domiciliar para o parto.

Alguns temas de interesse que surgiram, e que estudos futuros podem auxiliar numa melhor compreensão do PDP em Portugal, são: diferença entre o papel do pai em um parto em ambiente domiciliar e hospitalar; a atuação das enfermeiras especialistas em saúde materna e neonatal nos hospitais e nos partos domiciliares; a atuação da doula no parto; o que acontece quando o parto domiciliar não corre como o planeado; diferenças no pós parto entre os diferentes tipos e locais de parto; influência do local e tipo de parto no estabelecimento da amamentação; diferenças de vínculo parental e o local e tipo de parto; análise do discurso médico sobre o parto em casa; representações mediáticas do parto. A riqueza do tema e dos dados recolhidos leva assim a muitos caminhos futuros em que a ciência poderá ajudar a compreender e melhorar a realidade aqui estudada.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, J.M. & D'Oliveira, A.F.P.L. (2010). *Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) Retrieved from: <http://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>

APDMGP (2015). Experiências de Parto em Portugal Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Retrieved from: <http://www.associacaogravidezparto.pt/documentos/>

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Bedwell, C., Houghton, G., Richens, Y., Lavender, T. (2011). “She can choose as long as i’m happy with it” A qualitative study of expectant fathers’ views of birth place. *Sexual & Reproductive healthcare*, 2 (2) 71-75. Doi: 10.1016/j.srhc.2010.12.001

Boucher, D. et al. (2009). Staying at Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Homebirth. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 54 (2), 119-126. Doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.006

Carvalho, L. (2015). *Eu Não Quero (outra) Cesárea. Ideologia, relações de poder e empoderamento feminino nos relatos de parto após cesárea*. São Paulo: Lexema.

Davis-Floyd, R. E. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. Califórnia: University of California Press.

Davis-Floyd, R. E. (2018). *Ways of knowing about birth. Mothers, Midwives, Medicine & Birth Activism*. Long Grove: Waveland Press Inc.

Despacho n.º 5344-A/2016. *Diário da República Eletrónico*. Retrieved from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/74200387/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%205344-A%2F2016>

Dias, I. (2018). Matrizes Teóricas da Violência de Género. In: S. Neves, ed., *Violências de Género*, (1ª Edição) Lisboa: Edições ISCSP.

Diaz-Tello, F. (2016). Invisible Wounds: Obstetric Violence in The United States. *Revista Reproductive Health Matters*, 24 (47), 56-64. Doi: 10.1016

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Diniz, S. G. et al. (2015). Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brasil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384.

D'Orsi, E., Brüggemann, Diniz, M.C.G., Aguiar, J. M., Gusman, C. R., Torres, J. A., Angulo-Tuesta, A., Rattner, D., Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades Sociais e Satisfação Das Mulheres Com o Atendimento ao Parto no Brasil: Estudo Nacional de Base Hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, 30 (1), 154-168. Doi: 10.1590/0102-311X00087813

Euro-Peristat Project (2010). Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. *European Perinatal Health Report*.

Euro-Peristat Project (2018). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. *European Perinatal Health Report*.

Feyer, I. S. S., Monticelli, M., Boehs A. E., Santos E. K. A. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 879-86. Doi: 10.1590/S0034-71672013000600011

FIGO (2009). The International Federation of Gynecology and Obstetrics. Retrived from: <https://www.figo.org/news/home-births-have-benefits-developed-world-0011631>

Gutman, L. (2012). *A Maternidade e o Encontro Com a Própria sombra*. Rio de Janeiro: Best Seller.

Guerra, I. S. (2006). *Pesquisa Qualitativas e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*. Cascais: Princípia Editora.

Halfdansdottir B., Olafsdottir O.A., Hildingsson I., Smarason A., Sveinsdottir H. (2015) Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery*, 34, 95-104. Doi: 10.1016/j.midw.2015.12.010

Hutton E.K., Reitsma A.H., Kaufman K., (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario,

Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*, 36(3), 180-189. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x

Janssen, P.A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., Lee, S.K., (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association journal - Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 181(6-7), 377-383. Doi: 10.1503/cmaj.081869

Jackson, M., Dahlen, H., Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high-risk homebirths. *Midwifery*, 28, 561-567. Doi: 10.1016/j.midw.2011.11.002

Johnson, K.C., Davis, B.A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ Clinica*, 330(7505), 1416. Doi: 10.1136/bmj.330.7505.1416

Johansson, M. et al (2014). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery* 31 (1) 9–18. Doi: 10.1016/j.midw.2014.05.005

Lindgren, H. & Erlandsson, K. (2011). She leads, he follows – Fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2(2) 65–70. Doi: 10.1016/j.srhc.2010.12.002

Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3) 425-435. Doi: 102190

Lupton, D. (2002). Foucault and the medicalization critique. In Petersen, A. & Bunton, R. (Eds.), *Foucault, Health and Medicine*. (pp.94-112) New York: Routledge

Lupton, D. (2013). *Risk*. New York: Routledge.

Odent, M. (2002). *O Renascimento do Parto*. São Paulo: Saint German.

Odent, M. (2003). *O Camponês e a Parteira*. São Paulo: Ground.

Olsen, O., Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Systematic Review. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>

Pordata. (2019). Base de dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from www.pordata.pt

Mesquita, M. (2013). *Parentalidade – Um conceito de mudanças*. Lisboa: Edições ISCSP.

Mesquita, M. (2014). *Parentalidade(s) nas Famílias Nucleares Contemporâneas*. Lisboa: Edições ISCSP.

Rothman, B. K. (2016). *A Bun in The Oven. How The Food and Birth Movements Resist Industrialization*. New York and London: New York University press

Santos, M. J.D.S. (2012) *Nascer em Casa – A desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. (Dissertação de Mestrado não editada) - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Santos, M. J.D.S., Augusto, A. (2016). “Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra?”: identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 82 | -1, 49-67. Retrieved from: <https://journals.openedition.org/spp/2472>

Sanfelice, C. F. O. & Shimo, A. K. K. (2015). Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 24(3): 875-82.

Shabot, S.C. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. Doi: 10.1007/s10746-015-9369-x

Silva, L. F. & Alves, F. (2003) *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento

Somers-Smith, M. J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15(2), 101-108. Doi: 10.1016/S0266-6138(99)90006-2

Teixeira, C. (2018). *Onde estava antes de ter nascido? Um estudo sobre vinculação pré-natal*. Lisboa: Chiado Books

Viisainen, K. (2000). The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland. *Sociology of Health & Illness*, 22(6), 792-814. Doi: 10.1111/1467-9566.00231

Waldenstrom, U. (2007). Normal childbirth and evidence-based practice. *Women and Birth*, 20, 175—180. Doi: 10.1016/j.wombi.2007.08.004

Wax, J.R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A., Blackstone, J., (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(3), 243.e1-243.e8. Doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.028

World Health Organization, (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. World Health Organization: Geneva. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

WHO (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Geneva: WHO. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3

WHO (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Retrieved from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

WHO (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT